

คู่มือการรับบริการ กองสวัสดิการสังคม



สำนักงาน
องค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะไฟหวาน
อ.แก้งคร้อ จ.ชัยภูมิ

องค์การบริหารส่วนตำบล ท่ามะไฟหวาน

อำเภอแก้งคร้อ

จังหวัดชัยภูมิ

จัดทำโดย

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะไฟหวาน



กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะไฟหวาน อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ มีบทบาทหน้าที่ตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการส่งเสริม การพัฒนาเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและคนพิการ รวมถึงดำเนินการตามนโยบายของผู้บริหาร องค์กรด้านการช่วยเหลือ ดูแลส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในตำบลท่ามะไฟหวาน อย่างเท่าเทียมทั่วถึง

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะไฟหวาน ประกอบด้วยงานที่สำคัญใน 2 ส่วนงานที่ประกอบด้วย

1) งานพัฒนาชุมชน มีบทบาทหน้าที่ด้านการส่งเสริม พัฒนา ประชาชน ทั้งในระดับ บุคคล กลุ่ม องค์กร ในเชิงวิชาการและด้านการปฏิบัติให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตได้อย่าง สมบูรณ์ แบบที่สุดตามสถานการณ์ทางสังคม

2) งานสังคมสงเคราะห์มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือ สงเคราะห์ ให้คำปรึกษา แนะนำ สำหรับประชาชนที่ประสบปัญหาทางสังคมกรณีต่างๆ ให้การดำเนินการช่วยเหลือเบื้องต้น ตามอำนาจหน้าที่ และความเหมาะสม ทำหน้าที่ประสานหน่วยงานภาคีต่างๆ เพื่อร่วมดูแล ประชาชนในตำบลและให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสมในสิทธิสวัสดิการที่พึงได้รับต่อไป

องค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะไฟหวาน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่ง ที่ทำให้ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ต้องการเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ ชัดเจน ซึ่งจะทำให้ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

.....

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	1
การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ	5
การยื่นคำร้องโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	8
การยื่นคำร้องขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	13
การยื่นคำร้องขอรับเงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีฯ	17
การยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ	22

กองสวัสดิการสังคมรับลงทะเบียนสวัสดิการของประชาชนในเขตตำบล
ท่ามะไฟหวาน ดังนี้

1. การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 2. การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
 3. การยื่นคำร้องโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
 4. การยื่นคำร้องขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
 5. ยื่นคำร้องขอรับเงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีฯ
-

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพฯ

ผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลท่ามะไฟหวาน(ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) เป็นผู้มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ใน ปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ 59 ปี บริบูรณ์และต้องเกิดก่อน 2 กันยายน)
- (4) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จาก หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงิน บำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใด ในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเดือนหรือค่าตอบแทนในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้รายได้ประจำ หรือ ผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร/หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

- ⇒ บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ⇒ ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
- ⇒ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร



<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการลงทะเบียนครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ตรงตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาคำใหญ่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (นายอำนาจ สมศรี) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาคำใหญ่ วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่อื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติ
ครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....
พ.ศ.เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ณ ที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นั้นนับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะ
ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์การบริหาร
ส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า "ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือ
เสียชีวิตแล้ว"จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ผู้พิการ

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

- 1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลท่ามะไฟหวาน(ตามทะเบียนบ้าน)
- (3) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม คุณภาพชีวิตคนพิการ
- (4) ไม่เป็น บุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ ของรัฐ

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ยื่นเอกสาร/หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม

- ⇒ บัตรประจำตัวผู้พิการหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ⇒ ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
- ⇒ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร



ตัวอย่างคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

ทะเบียนเลขที่/2565

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการ
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเ - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)
 เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่
 โทรศัพท์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล
 เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี สัญชาติ มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน
 เลขที่ หมู่ที่ ชุมชน ตรอก/ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ ปากเกร็ด จังหวัด นนทบุรี
 รหัสไปรษณีย์ 11120 โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----

- ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน อาชีพ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับเบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
 บัญชีเงินฝากธนาคาร

บัญชีเลขที่ ชื่อบัญชี

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
 หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย"

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้
 ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายก เทศมนตรี/อชต.นครปากเกร็ด.... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)</p> <p>นายก เทศมนตรี/นายก อบต.</p> <p>วัน/เดือน/ปี</p>	

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ในอัตราเดือนละ บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสวัสดิภาพให้ต่อเนื่อง

คุณสมบัติผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

- เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- เด็กแรกเกิดต้องอาศัยรวมอยู่ด้วย
- สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บ./คน/ปี
- สามารถรับเงินผ่านบัญชีที่ผูกพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประชาชน

เด็กแรกเกิด

- อายุไม่เกิน 6 ปี สัญชาติไทย
- ไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชนตามที่กรมกิจการเด็กและเยาวชนกำหนด

เอกสารที่ใช้ประกอบมีดังนี้

⇒ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร. 01) ขอรับที่ อบต.ท่ามะไฟหวาน

⇒ แบบรับรองสถานะครัวเรือน (ดร.02) ขอรับที่ อบต.ท่ามะไฟหวาน

⇒ บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง

⇒ สูติบัตรเด็กแรกเกิด

⇒ สมุดบัญชีเงินฝาก (ธ. กรุงไทย ออมสิน หรือ ธกส. เท่านั้น)

⇒ ใบรับรองเงินเดือน หรือ หนังสือรับรองรายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ประกอบอาชีพเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท

⇒ สำเนาเอกสาร บัตรข้าราชการ หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงตนของผู้รับรอง 1 และ 2



แบบคำขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (ดร.01)



แบบ ดร.01

แบบคำร้องขอลงทะเบียน

เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

หน่วยงานรับลงทะเบียน องค์การบริหารส่วนตำบลลุมพิกดิ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
 - 1.1 บิดา มารดา ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
 - 1.2 เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว.....
 - 1.3 เลขประจำตัวประชาชน - - - - - - - - - - -
 - 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี
 - 1.5 สัญชาติ.....
 - 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์บ้าน - - - - - โทรศัพท์มือถือ - - - - -
 - 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อาคาร/ตึก.....ชั้น.....เลขที่ห้อง.....หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์บ้าน - - - - - โทรศัพท์มือถือ - - - - -
 - 1.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
 - 1.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา.....
 จบการศึกษา (สูงสุด).....
2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)
 - 2.1 ชื่อ - นามสกุล เด็กชาย เด็กหญิง.....
 - 2.2 เลขประจำตัวประชาชน - - - - - - - - - - -
 - 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลมารดา

 - 2.4 เด็กหญิง นาง นางสาว.....
 - 2.5 เลขประจำตัวประชาชน - - - - - - - - - - -
 - 2.6 อายุ.....ปี 2.7 สัญชาติ.....
 - 2.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
 - 2.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา..... จบการศึกษา (สูงสุด).....

ข้อมูลบิดา

ไม่ปรากฏบิดา

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

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

- ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคาร ธกส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเผื่อเรียก

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
ข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตร ประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อ
ตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้
ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน
(.....)
วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....
วันที่ลงทะเบียน.....
.....ติดตามรอยปรุ.....

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)
ในกรณีที่สุดสุหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
- สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
- หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
- สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรอง
คนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

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

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

<p>ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)</p> <p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้</p>
<p>ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)</p> <p>ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน</p> <p>โทรศัพท์.....</p> <p><input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น</p> <p><input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p> <p>หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีใช้ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)</p>
<p>ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน)</p> <p>เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว..... เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว ตามประกาศ (ชื่อ อปท.).....องค์การบริหารส่วนตำบลลลุมศักดิ์..... ลงวันที่..... ลำดับที่.....</p> <p>(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน (.....) วันที่</p>

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์

1.ผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

2.ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะไฟหวาน (ชื่อตามทะเบียนบ้าน)

3.การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่กองสวัสดิการสังคม อบต.ท่ามะไฟหวาน โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบยื่นดังนี้

3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็น โรคเอดส์จริง

3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

4.กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

5.กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคน พิการสามารถดำเนินการได้ทั้งหมด 6.กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อใน ทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ป่วยต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่



ตัวอย่างแบบคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ผู้ป่วยเอดส์

ลำดับที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....ถนน.....
ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
..... ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง
.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก
เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
() พักอาศัยกับรวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่
สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลค่าที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ เงิน
สงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

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

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่ามะไฟหวาน...

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลข
ประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน
ข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

- () แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- () แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

- () แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

คุณสมบัติขอรับ "ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ" ที่จะได้รับ เงินช่วยเหลือค่าทำศพ 3000 บาท มีดังนี้

๑. อายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย
๒. เป็นผู้ที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โดยจะต้องมีหนังสือรับรองตามที่กรมกิจการผู้สูงอายุกำหนด
๓. เป็นผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่ได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้นายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือ หรือนายกองคการบริหารส่วนตำบล หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรองรวมถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์

ผู้ยื่นคำขอ "ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ" (ครอบครัว ญาติผู้รับผิดชอบจัดการศพ) จะต้องยื่นคำขอในท้องที่ตามทะเบียนบ้านของผู้สูงอายุ (สำนักงานเขต/ พม. จังหวัด/ ที่ว่าการอำเภอ/ เทศบาล/ อบต.) ภายใน ๖ เดือน นับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตร พร้อมเอกสารสำคัญ เช่น ใบมรณบัตร บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุหรือหนังสือรับรอง บัตรประชาชน สมุดบัญชี หรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี



(ด้านหลัง แบบ ศผส. 01)

คำชี้แจง

1. ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ ที่เสียชีวิต รวมทั้งมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์
2. ผู้ให้คำรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี หมายถึง ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้ปกครองสถานดูแล ผู้อำนวยการสถานคุ้มครอง หรือผู้ปกครองสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. คุณสมบัติผู้สูงอายุ
 - (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - (2) มีสัญชาติไทย
 - (3) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้รับรอง
4. หลักฐานการยื่นคำขอ
 - (1) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
 - (2) บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ
 - (3) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและเลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ
กรณีการจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง
จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ด้วย
 - (4) สมุดบัญชีหรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ เว้นแต่ประสงค์จะขอรับเงินสดให้ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ
 - (5) หนังสือรับรองเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี
5. การยื่นคำขอ ยื่นภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันออกใบมรณบัตร โดยยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนา
ที่ถึงแก่ความตาย ในขณะถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้
 - (1) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต สังกัดกรุงเทพมหานคร
 - (2) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือเมืองพัทยา
หรือเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล
6. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

คำร้องขอรับเงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีฯ



แบบ ศผส. 01

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ อาชีพ.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรศัพท์มือถือ.....

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ
โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วัน
หมดอายุ อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน ตำบล/
แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
..... โทรศัพท์มือถือ

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ตามใบ
มรณบัตรเลขที่ ออกให้โดย..... เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้อ้างอิงนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพ
ผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่
หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐ
ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือ
เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย
ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ / /

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

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.....

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

(ข้อมูลชี้แจงด้านหลัง)



แบบ ศผส.02

แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
แต่ยังไม่มียังบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ออกให้โดย

วันออกบัตร วันหมดอายุ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

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

โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สูงอายุที่ตายชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี
มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียังบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของ
ข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่
หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินตามกฎหมายของ
รัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา
ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอม
ของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ /..... /.....

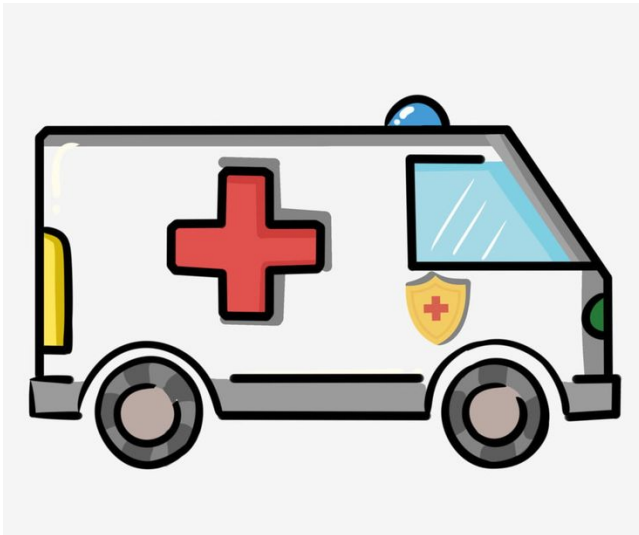
หมายเหตุ : ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล หรือ
นายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตาย โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

การยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นผู้ยากไร้ ไร้ที่พึ่ง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยให้การช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลของรัฐ ไม่เกินครั้งละ 2,000 บาทต่อคน และไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2560

คุณสมบัติของผู้ป่วยยากไร้ที่จะยื่นคำขอ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดชัยภูมิ
3. ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ โดย ต้องมีใบนัดแพทย์จากสถานพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว มีความจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง



ตัวอย่าง แบบคำร้องขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยยากไร้

แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคม เพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยยากไร้
องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ลำดับที่.....
วันที่รับเรื่อง...../...../.....

๑. ประเภทผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน (เลือกเพียง ๑ รายการเท่านั้น)
 เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย สตรี ผู้ป่วยเรื้อรัง
 ผู้มีรายได้น้อย อื่น ๆ ระบุ.....

๒. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน
คำนำหน้าชื่อ..... ชื่อ - สกุล..... เพศ.....
วันเดือนปีเกิด...../...../..... อายุ..... ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
เลขประจำตัวประชาชน..... กรณีไม่มี เนื่องจาก.....
รหัสประจำบ้าน.....
สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง
 อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส หม้าย คู่สมรสเสียชีวิต อื่น ๆ ระบุ.....
ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย กำลังศึกษาอยู่ อื่น ๆ ระบุ.....
อาชีพ..... รายได้..... บาทต่อปี/เดือน/วัน
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง บ้านเช่า บ้านญาติ บ้านพักของผู้จ้าง อื่น ๆ ระบุ.....
บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอม..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

๓. ผู้ร้องขอแทนผู้ขอรับบริการ เป็นบุคคลคนเดียวกัน ข้อ ๒
คำนำหน้าชื่อ..... ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....
บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอม..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการในข้อ ๒ เกี่ยวข้องเป็น.....

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวประชาชน	เพศ	ว/ด/ป.เกิด	เกี่ยวข้อ เป็น	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท)	สุขภาพ
ชื่อ.....								
ชื่อ.....								
ชื่อ.....								
ชื่อ.....								
ชื่อ.....								

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว..... บาท/ปี รายจ่ายเฉลี่ยสมาชิกในครอบครัว..... บาท/ปี
ภาระหนี้สิน ไม่มี มีในระบบ จำนวน..... บาท นอก ระบบ จำนวน..... บาท

๕. สภาพความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)
 เป็นโรคอันตรายร้ายแรง เจ็บป่วยเรื้อรัง ครอบครัวแตกแยก มีภรรยาเสียชีวิต คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง
 ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแลเลี้ยงดู คำรักจากพยาบาล ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล.....
 เด็กกำพร้า/ถูกทอดทิ้ง บุคคลพิการ ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีทุนประกอบอาชีพ ไม่มีงานทำ/ว่างงาน
 มีหนี้สิน อื่น ๆ ระบุ.....
เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ไม่เคย เคย จากหน่วยงาน.....
เรื่อง.....

/๖. ความต้องการ.....

๖. ความต้องการให้ช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- เงินสงเคราะห์ครอบครัว เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชืเอชไอวี เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
- ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา เงินทุนประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย/ที่พำนัก
- ค่ารักษา/แนะนำ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล อื่น ๆ ระบุ.....

๗. ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล

- เงินสงเคราะห์ครอบครัว เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชืเอชไอวี เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
- ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา เงินทุนประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย/ที่พำนัก
- ค่ารักษา/แนะนำ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล อื่น ๆ ระบุ.....

๘. กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ระบุ.....

- เพื่อรับการรักษาโรค ฟอกไต/ฟอกเลือด มะเร็ง..... เหนียวาน
- โรคผิวหนัง อื่น ๆ ระบุ.....

ความถี่ในการไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด สัปดาห์ละ.....ครั้ง เดือนละ.....ครั้ง ทุก ๆเดือน

- ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล อื่น ๆ ระบุ.....
- ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
- ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท
- ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล จำนวนเงิน.....บาท
- อื่น ๆ ระบุ.....จำนวนเงิน.....บาท

รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน
(.....)

๙. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
- อื่น ๆ

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา
(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๐. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
- ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา
(.....)

ตำแหน่ง.....

๑๑. มติของคณะกรรมการดำเนินงานคณะเบียดระหวางหมวดใหม่ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ยาาใ้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ศรีงาที่ _____/_____
เมื่อวันที่ _____

- อนุมัติ
- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล | จำนวนเงิน.....บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง | จำนวนเงิน.....บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล | จำนวนเงิน.....บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล | จำนวนเงิน.....บาท |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | จำนวนเงิน.....บาท |
| รวมเป็นเงิน.....บาท | |

- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ให้แนบหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ ดังนี้

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบนัดของแพทย์ (กรณีมีแพทย์นัด)
๔. ภาพถ่าย (แนบภาพถ่ายความเป็นอยู่ และที่อยู่อาศัยของผู้ยื่นคำขอเพื่อประกอบการพิจารณา)

ตัวอย่าง



รูปบ้าน

ขอรับรองว่าเป็นรูปถ่ายบ้านพักอาศัย ของ นาย/นาง/นางสาว.....
บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ได้อาศัยอยู่จริง

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง/ผู้ร้องแทน
(.....)

(ลงชื่อ).....กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
(.....)
ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ผู้สอบข้อเท็จจริง หมายถึง นักพัฒนาชุมชน หรือ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข หรือ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล / ปลัดเทศบาลตำบล