

# คู่มือการปฏิบัติงาน

## เทศบาลตำบลนาจะหลวย

### คู่มือการปฏิบัติงาน

- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนาจะหลวย

โทรศัพท์. ๐๘-๓๓๘๔๒๓๔๒



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ



สัญลักษณ์คนพิการ



สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

## คำนำ

เทศบาลตำบลนาจะหลวย งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม งานสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตเทศบาลตำบลนาจะหลวย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว เทศบาลตำบลนาจะหลวยจึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสวัสดิการสังคม ในการรับลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

เทศบาลตำบลนาจะหลวยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม  
เทศบาลตำบลนาจะหลวย

## สารบัญ

ลำดับที่		หน้า
	<b>ผู้สูงอายุ</b>	
๑	คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๕
๒	ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๖
๓	การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๗
๔	การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๗
๕	การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได	๘
๖	วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ	๙
	<b>คนพิการ</b>	
๗	คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนคนพิการ	๑๐
๘	ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	๑๑
๙	การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ	๑๓
๑๐	ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ	๑๔
๑๑	การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ	๑๕
๑๒	การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ	๑๕
	<b>ผู้ป่วยเอดส์</b>	
๑๓	คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๑๗
๑๔	ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๑๘
๑๕	ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๑๙
	<b>ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์</b>	
๑๖	กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๒๑
๑๗	การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๒๒
	<b>ภาคผนวก</b>	
๑๘	แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ	๒๔
๑๙	แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการรับลงทะเบียนคนพิการ	๒๕
๒๐	แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์	๒๖
๒๑	แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ	๒๗
๒๒	แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ	๒๘
๒๓	แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการเบิก-จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๒๙
๒๔	แบบคำขอลงทะเบียนผู้สูงอายุ	๓๐
๒๕	แบบคำขอลงทะเบียนคนพิการ	๓๒
๒๖	แบบหนังสือมอบอำนาจของผู้สูงอายุ และคนพิการ	๓๔
๒๗	แบบคำขอลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๓๗

๒๘ หนังสือมอบอำนาจในการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์  
๒๙ สารพันคำถาม

๓๙

๔๐

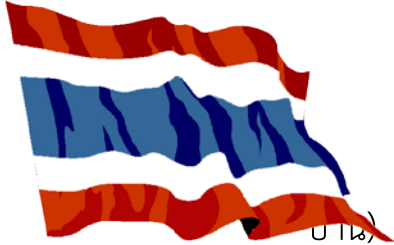
**อย่าลืม !!!! นะจ๊ะ  
ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิ  
จ้า !!!**



# คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพฯ

## ผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้



(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลนาจะหลวย(ตามทะเบียน

(๓) เป็นผู้มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ใน ปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ ๕๙ ปี บริบูรณ์ และต้องเกิดก่อน ๑ ตุลาคม)



(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใด

จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน

ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน

รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอื่นที่รัฐ

หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ

กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อ

การยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**หมายเหตุ :** กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว

และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่เทศบาลตำบลนาจะหลวยจะต้องมาลงทะเบียนที่ เทศบาลตำบลนา

จะหลวย อีกครั้งหนึ่งภายใน ๑-๓๐ พฤศจิกายน

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง.....ค่ะ



# ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



## ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

- ☺ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของ  
รัฐที่มี รูปถ่าย พร้อมสำเนา
- ☺ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- ☺ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง  
ชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  
ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

**หมายเหตุ :** ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง จะต้อง  
มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้ โดยให้ผู้รับ  
มอบอำนาจติดต่อกับ เทศบาลตำบลนาจะหลวยพร้อมสำเนาบัตรประจำตัว  
ประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจ

**\*\*ขอรับแบบคำขอลงทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสาร  
ประกอบ ได้ที่งานประชาสัมพันธ์**

**หรือ งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลนาจะหลวย**

# ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบ รายชื่อ ตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ สำนักงาน เทศบาลตำบลนาจะหลวยหรือที่ทำการกำนันและ ผู้ใหญ่บ้าน ภายในวันที่ 15 ธันวาคม ของทุกปี (นับจาก วันสิ้นสุดกำหนด การยื่นขอลงทะเบียนวันที่ 30 พฤศจิกายน ของทุกปี)

## การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



ทต.จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุและคน พิการที่มาลงทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือน ตุลาคม ปีถัดไป โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชี ธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุและคนพิการได้แจ้งความ ประสงค์ไว้

# การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ



จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน การจ่ายเงิน เบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

โดยคำนวณตามปีงบประมาณ

มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปีปฏิทิน

## ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน สำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ ๑	๖๐ – ๖๙ ปี	๖๐๐
ขั้นที่ ๒	๗๐ – ๗๙ ปี	๗๐๐
ขั้นที่ ๓	๘๐ – ๘๙ ปี	๘๐๐
ขั้นที่ ๔	๙๐ ปี ขึ้นไป	๑,๐๐๐



## วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ



การนับอายุว่าจะอยู่ในชั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น

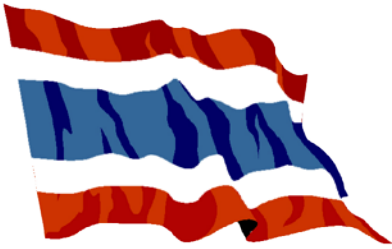
๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๔๘๙ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ (งบประมาณปี ๒๕๖๐)

๒. นาง ข. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๘๙ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ นาง ข. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีถัดไป

**การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม - ๓๐ กันยายน เช่น**  
**ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘-๓๐ กันยายน ๒๕๕๙**  
**ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม ๒๕๕๙-๓๐ กันยายน ๒๕๖๐**

# ผู้พิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้

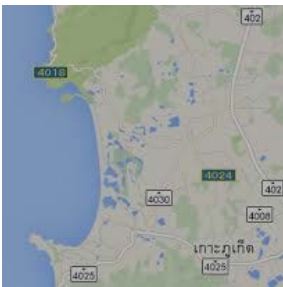


๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลนาจะหลวย(ตามทะเบียนบ้าน)

(๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

(๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

กรณีได้รับเบาะแสความพิการอยู่แล้ว  
และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่เทศบาลตำบลนาจะหลวย  
จะต้องมาลงทะเบียนที่ เทศบาลตำบลนาจะหลวย อีกครั้งหนึ่งภายในเดือนที่ย้ายมา

เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง.....ค่ะ

## ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน เบี้ยความพิการ



### ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ”

- ☺ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม  
คุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อมสำเนา
- ☺ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- ☺ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดง  
ชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ  
ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

**หมายเหตุ :** กรณีที่คนพิการไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง **จะต้อง**  
**มอบอำนาจ** เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้อง  
นำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย  
คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเอดส์สามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยัง  
ชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

**\*\*ขอรับแบบคำขอลงทะเบียนคนพิการ และยื่นเอกสาร  
ประกอบ ได้ที่งานประชาสัมพันธ์  
หรือ งานสวัสดิการสังคม ทต.นาจะหลวย ได้ตลอดทั้งปี  
ในวัน เวลาราชการ\*\*\***

# คำชี้แจง



คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการอยู่แล้วใน  
อปท.อื่นภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ใน  
ภูมิลำเนา ทต.นางจะหลวยให้มาแจ้งลงทะเบียนเพื่อขอรับ  
เงินเบี้ยยังชีพต่อที่ ทต.นางจะหลวย และจะได้รับเงินจาก  
ทต.นางจะหลวยในเดือนถัดไป ทั้งนี้ ทต.นางจะหลวย  
จะต้องได้รับการยืนยันจาก อปท. เดิมที่จ่ายก่อนเพื่อ  
ไม่ให้เกิดการจ่ายซ้ำซ้อน เช่น

นาง ก. รับเงินเบี้ยความพิการอยู่ อบต. กุ๊กไก่อ  
ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่ทต.นางจะหลวยในวันที่  
10 มิถุนายน 2559 นาง ก. ต้องมาลงทะเบียนใหม่ที่  
ทต.นางจะหลวยภายในเดือนมิถุนายน 2559 นาง ก. จะ  
ยังคงรับเงินเบี้ยความพิการที่ อบต. กุ๊กไก่อ อยู่จนถึง  
เดือน มิถุนายน 2559 และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ  
ที่ ทต.นางจะหลวยในเดือน กรกฎาคม 2559 เป็นต้นไป  
ทั้งนี้ ต้องได้รับการยืนยันจาก อบต.กุ๊กไก่อแล้ว

## ประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยความพิการ



ให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ มาตรวจสอบ  
รายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่  
สำนักงานเทศบาลตำบลนาจะหลวยหรือที่ทำการกำนัน  
และผู้ใหญ่บ้าน ทต.นาจะหลวย จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ  
รับเงินเบี้ยความพิการเป็นรายเดือน

### การจ่ายเบี้ยความพิการ



ทต.จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับคนพิการที่มาลงทะเบียนไว้  
แล้ว โดยจะจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่คน  
พิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ โดยจะจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้ใน  
เดือนถัดไป นับแต่เดือนที่ลงทะเบียนไว้ เช่น คนพิการลงทะเบียน  
ภายในเดือน กรกฎาคม ก็จะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ  
ภายในเดือนสิงหาคม ซึ่งเป็นเดือนถัดไป

## ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ



๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ

๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี (ศาลากลางจังหวัด ) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)

๒.๒ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๔ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแลให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐาน ตามข้อ ๒.๔ – ๒.๕ มาด้วย

๔. หลังจากได้บัตรประจำตัวคนพิการให้ไปเปลี่ยนสิทธิผู้พิการ (ท. ๗๔) ที่โรงพยาบาลจะหลวยตามสิทธิหลักที่ใช้บัตรทองอยู่ (สำหรับผู้ใช้สิทธิเบิกได้โดยตรงไม่ต้องทำตามข้อ ๗)

## การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ



การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี (ศาลากลางจังหวัด หลังใหม่ ชั้น๑) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน  
อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัว  
ประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อ  
ขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓-๕ มาด้วย

### การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่ สำนัก  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี (ศาลา  
กลางจังหวัด หลังใหม่ ชั้น๑) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน  
อย่างละ จำนวน ๑ ฉบับ

๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัว  
ประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

## การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ (ต่อ)

๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง  
จำนวน ๑ ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)



# ผู้ป่วยเอดส์

ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเอง ตามรายการดังนี้



๑) ไม่เป็นคนต่างด้าว

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลน่าจะหลวย(ตาม  
ทะเบียนบ้าน)

(๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาด  
ผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

# ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



## ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์”

- ☺ ใบรับรองที่แพทย์รับรองและทำการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์จริง
- ☺ ใบทะเบียนบ้าน และบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา
- ☺ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร

**หมายเหตุ :** กรณีที่คนพิการไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเอง **จะต้อง** มอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของผู้ป่วยและคนดูแลไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการได้ด้วย

**\*\*ขอรับแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ และ  
ยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่งานประชาสัมพันธ์  
หรือ งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม ทต.นา  
จะหลวย ได้ตลอดทั้งปีในวัน เวลาราชการ\*\*\***

### ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลน่าจะหลวย
๓. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ ส่วนสวัสดิการสังคม โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
  - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
  - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
  - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

## ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วย เอดส์ (ต่อ)

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุ และคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้าย ภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ ผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนา เข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำ ร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงิน สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแล หรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้อง แจ้งให้งานสวัสดิการสังคม ทราบภายใน ๓ วัน หรือทันทีที่ทราบ

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรคเอดส์ /AIDs** เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะ ไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

กำหนดวันจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์  
ภายในวันที่ ๑-๑๐ ของเดือน  
(ตามความเหมาะสม)

ตุลาคม 2556 October 2013

อาทิตย์ SUN	จันทร์ MON	อังคาร TUE	พุธ WED	พฤหัสบดี THU	ศุกร์ FRI	เสาร์ SAT
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ



ผู้ประสงค์รับเงินผ่าน  
ธนาคาร



โอนเข้าบัญชีธนาคารใน นาม  
ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์  
หรือผู้รับมอบอำนาจ

ผู้ประสงค์รับเงินสด

ตามจุดที่ได้แจ้งไว้ เช่น ศาลา  
กลางหมู่บ้าน กองทุนหมู่บ้าน  
หรือตามบ้านของผู้มีสิทธิ และงาน  
พัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม  
ทต.นาจะหลวย  
โดยจะมีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ,คน  
พิการ ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับ  
มอบอำนาจ

# การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์



๑. ตาย (เฉพาะผู้สูงอายุ ยกเลิกการสงเคราะห์จัดการศพรายละ ๒,๐๐๐ บาท ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดวิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๗)
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต ทต.นาจะหลวย
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

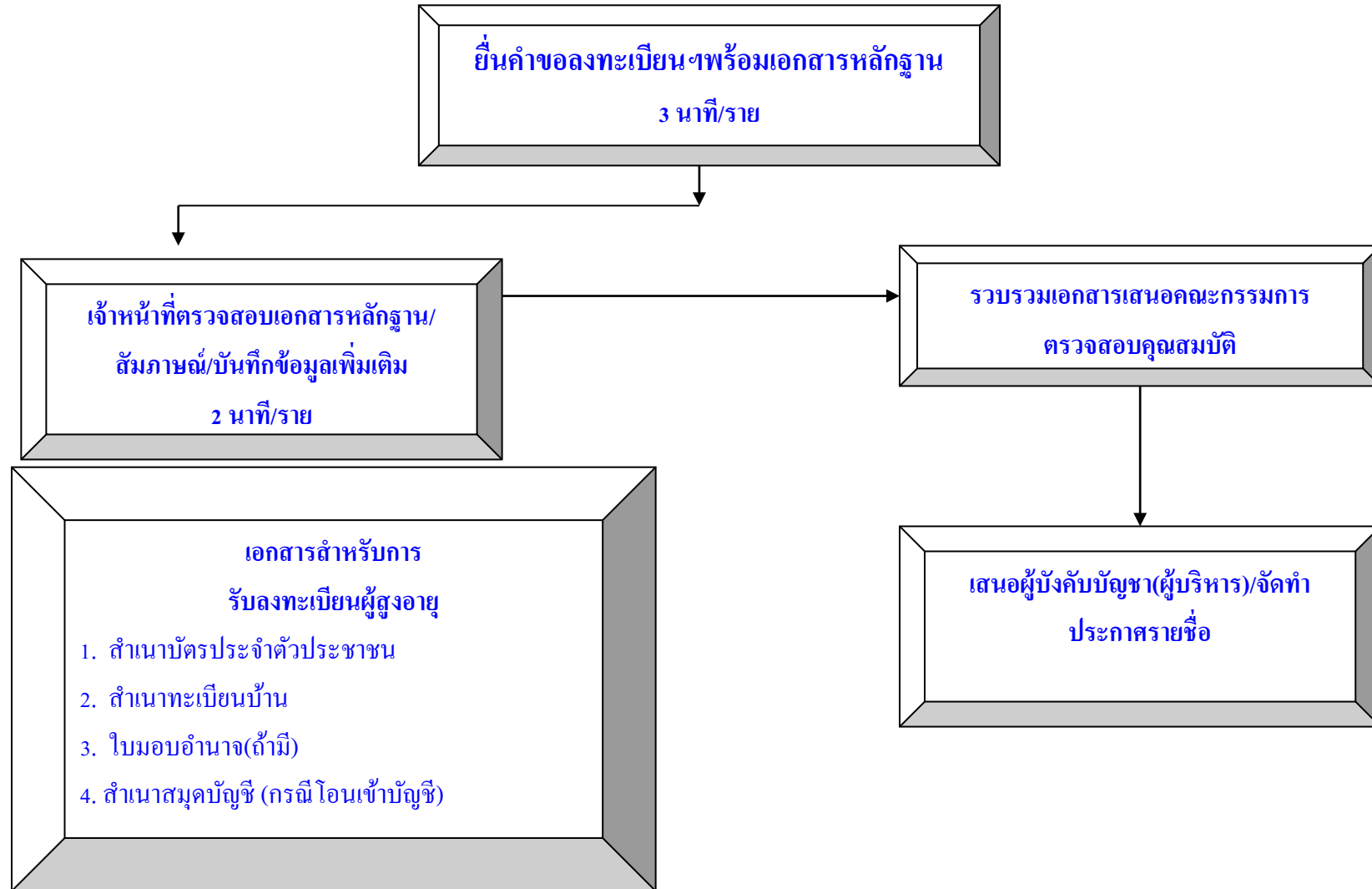
## หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก ทต.นาจะหลวย ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ ทต.นาจะหลวย ได้รับทราบทันที
๔. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ ทต.นาจะหลวย ภายในเดือนตุลาคมของทุกปี
๕. **กรณีตาย** ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการ หรือผู้ป่วยเอดส์ของผู้รับเงินแจ้งการตาย ให้ ทต.นาจะหลวย ได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณบัตร) ภายใน ๓ วัน หรือทันที



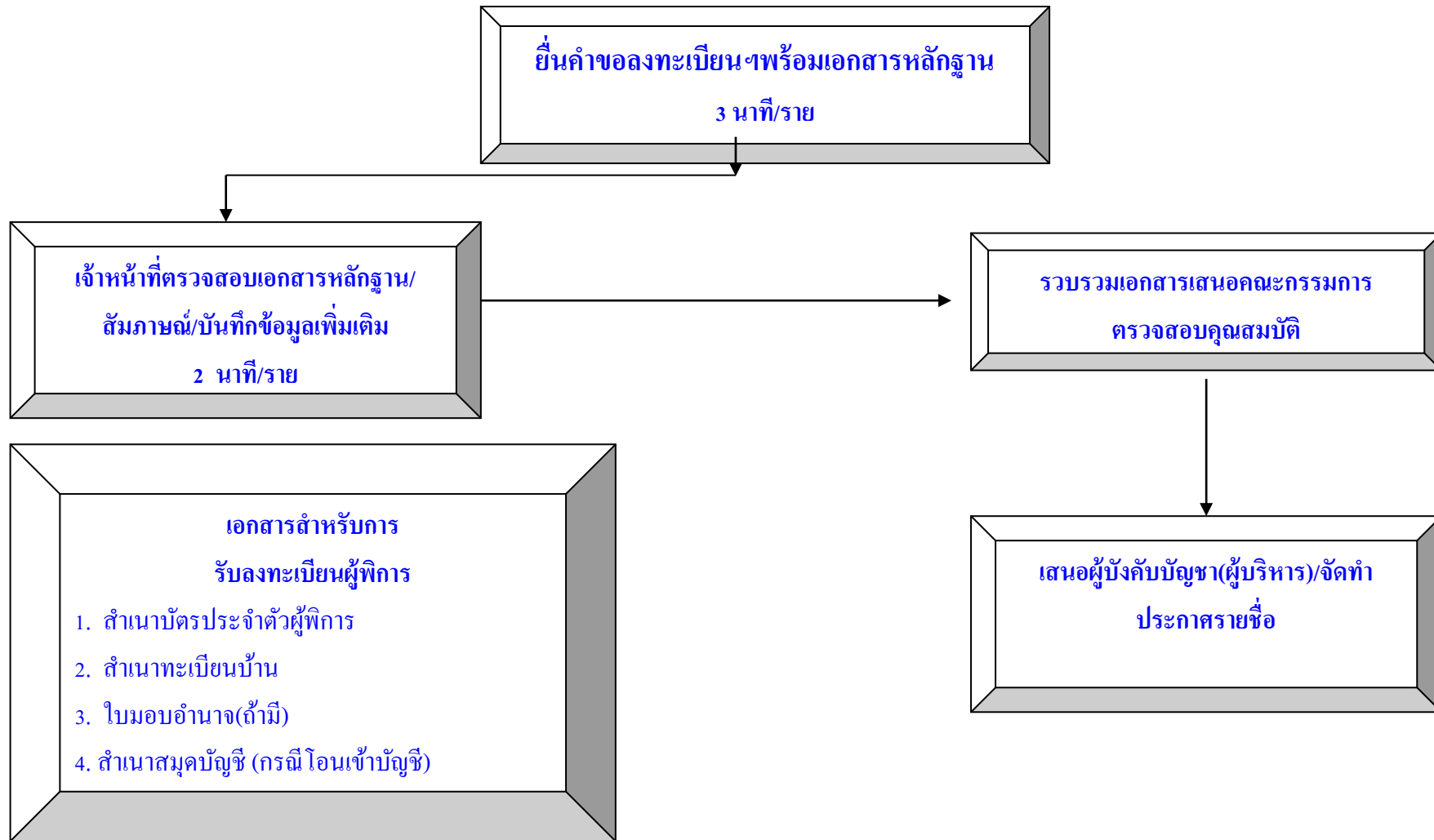
# ภาคผนวก

## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ)

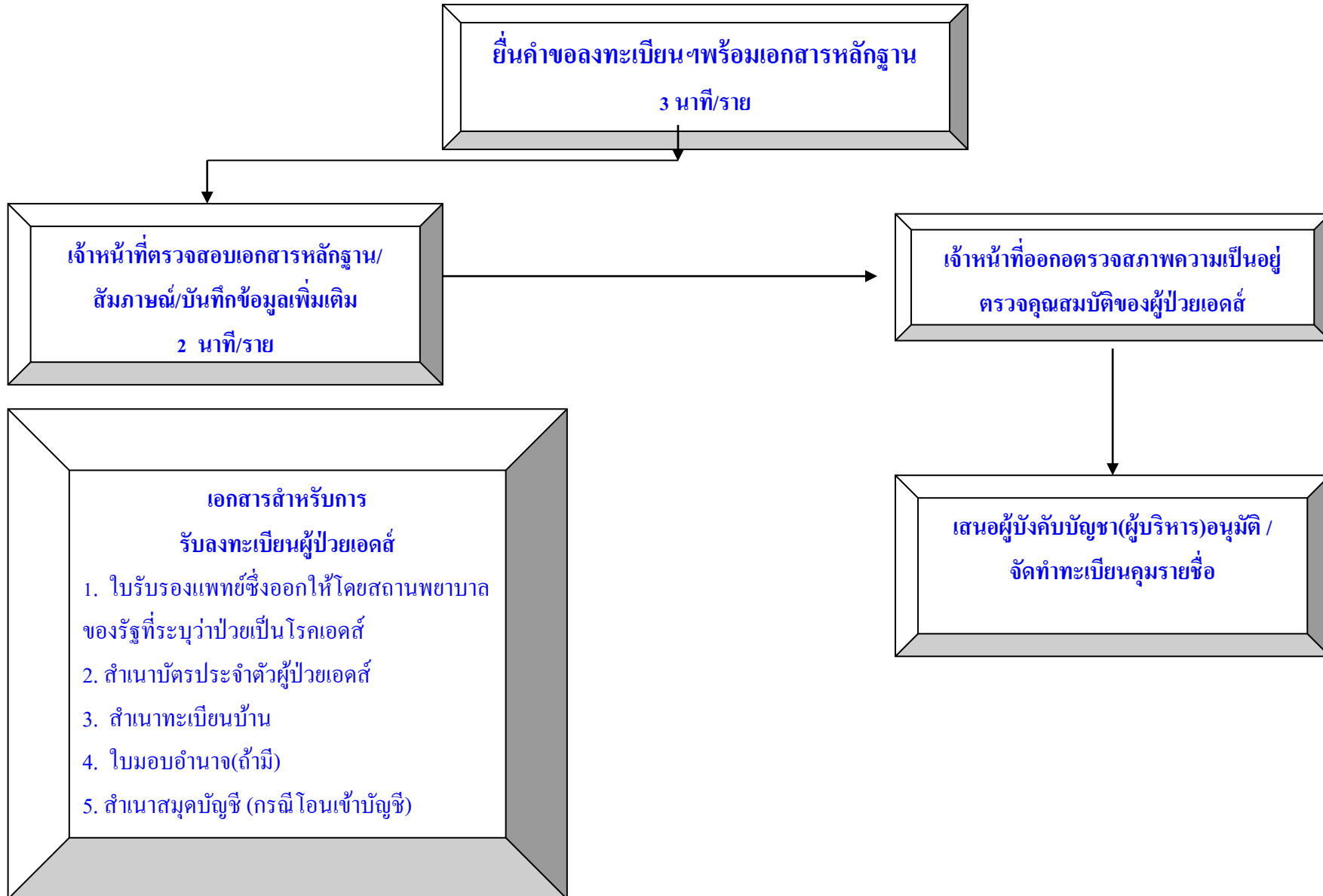




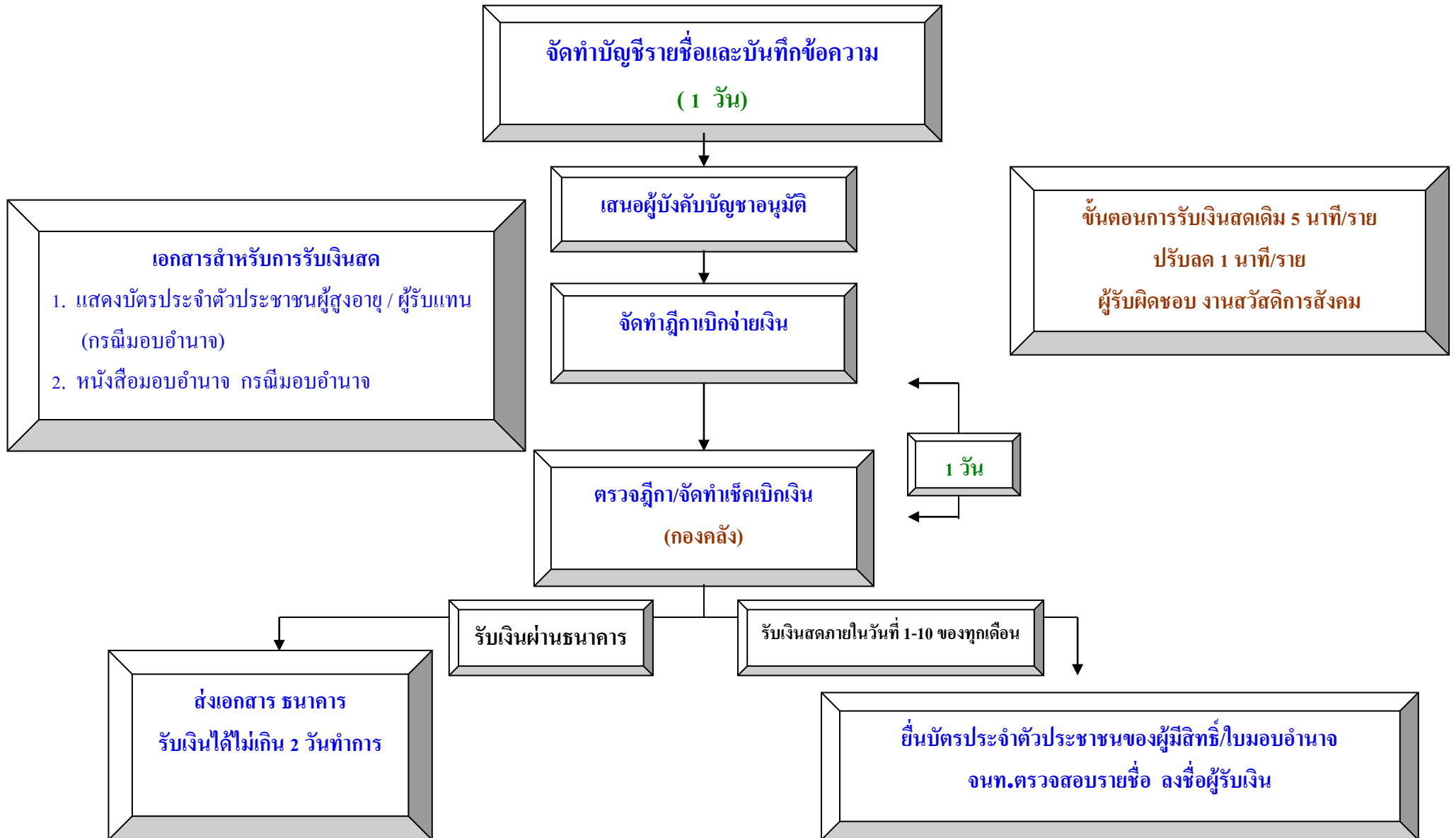
## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับลงทะเบียนคนพิการ)



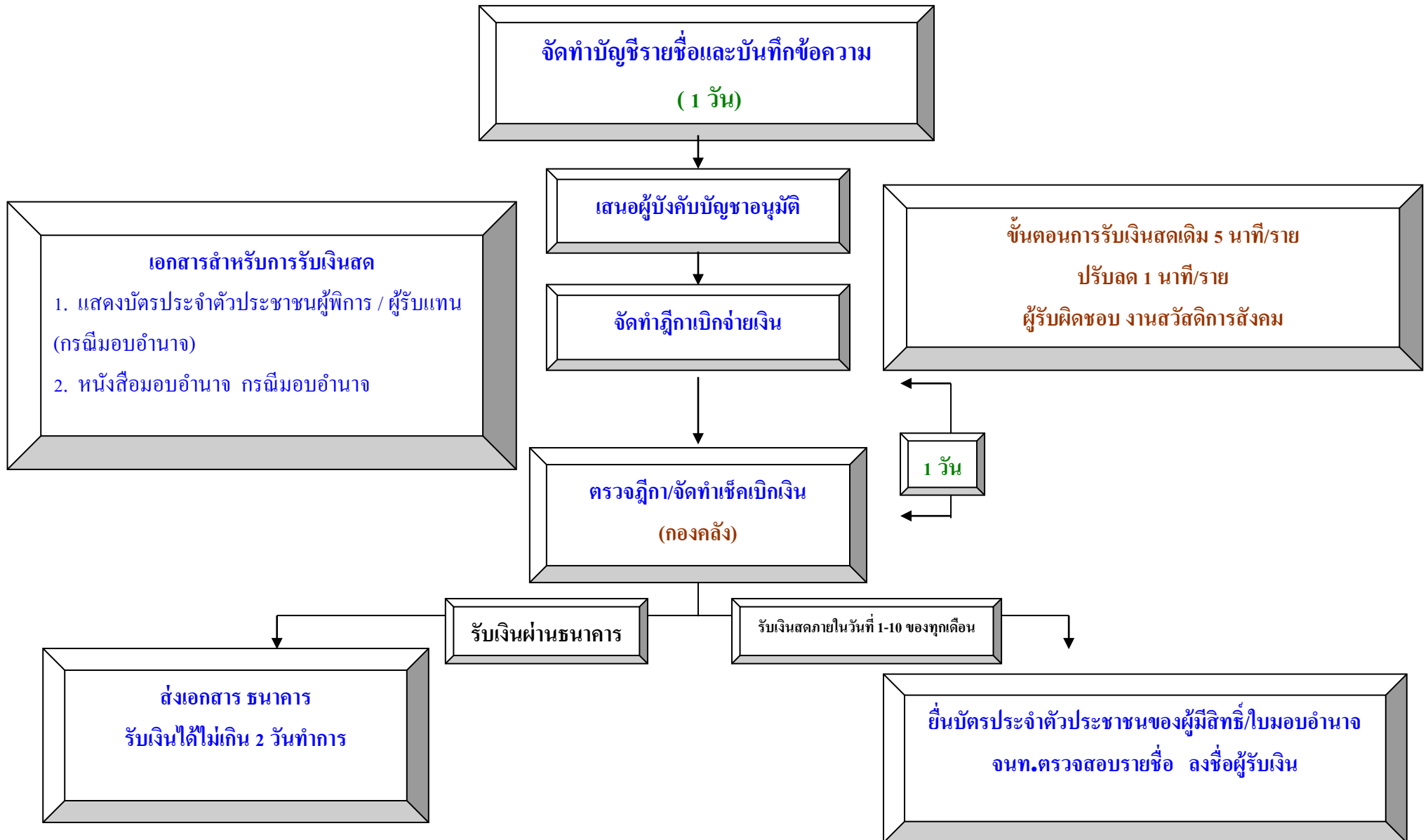
## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์)



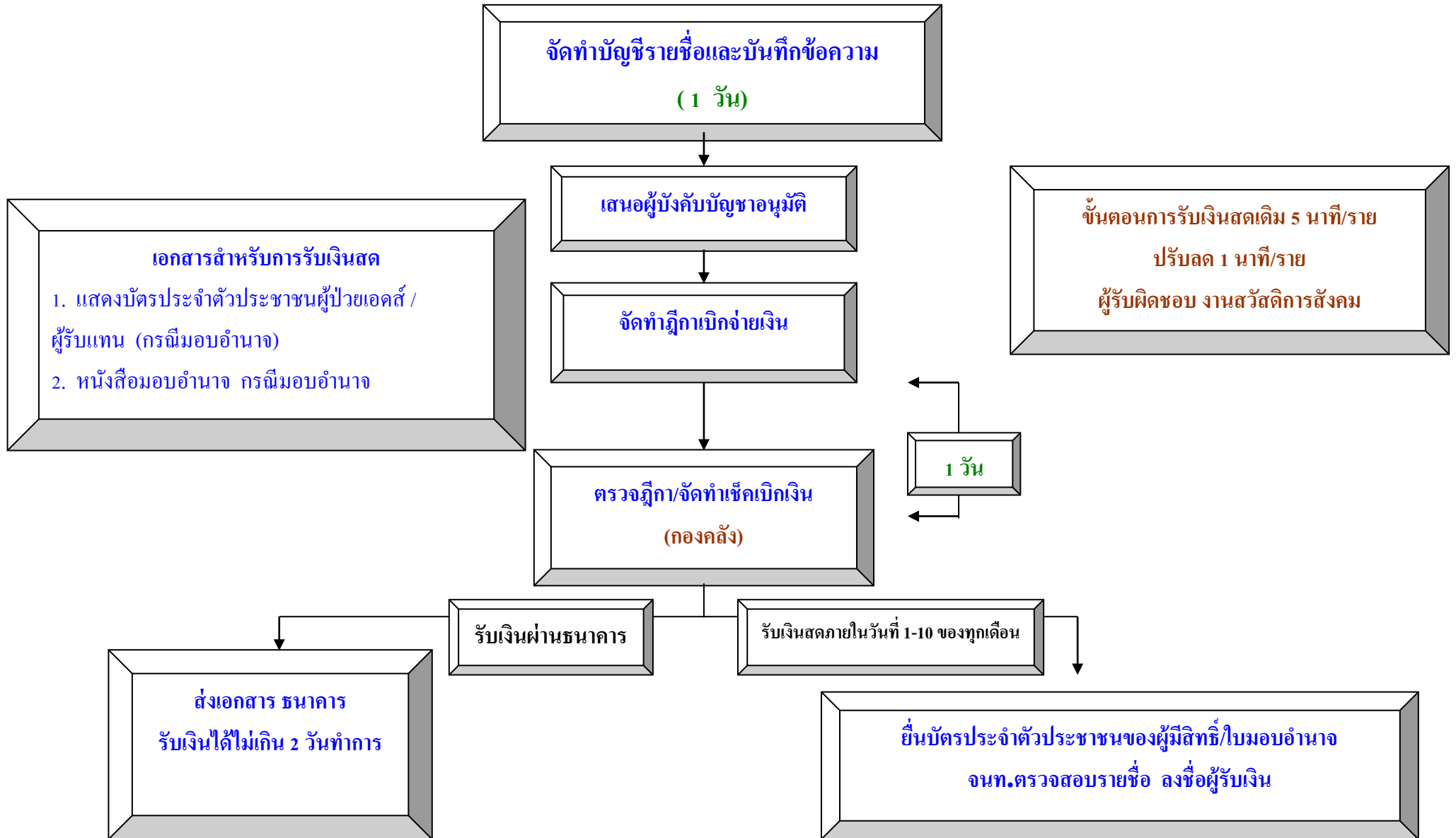
# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ)



## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



# ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียน



ทะเบียนเลขที่...../๒๕๕๘

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) .....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....ต.น.จ.จะหลวย.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

ตำบล/แขวง.....นางจะหลวย.....อำเภอ/เขต.....นางจะหลวย.....จังหวัด.....อุบลราชธานี.....

รหัสไปรษณีย์.....๓๔๒๘๘๐.....โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของ

ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□□-□□-□

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

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

**ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ**

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  ได้รับการสงเคราะห์ความพิการ

ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....โดยย้ายมาจาก

(ระบุที่อยู่เดิม.....)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<p style="text-align: center;"><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b></p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□□-□</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p style="text-align: center;"><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b></p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาจะหลวย คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p><b>คำสั่ง</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศมนตรีตำบลนาจะหลวย วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้) -----

ผู้สูงอายุ ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๐ ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาที่ไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ).....  
(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๕๙

## แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอลงทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามเ - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลคนพิการ  อื่นๆ .....ลงทะเบียนชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---- ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

## ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ค่านำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....จะหลวยอำเภอ.....จะหลวย.....จังหวัด.....อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ----ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออทิสติก  ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม  พิการซ้ำซ้อน  ไม่ระบุความพิการสถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ.....

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

## ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

 ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  อื่นๆ (ระบุ)..... ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง  มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ  ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน(ระบุ).....บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำเดือน.....พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

 รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

## พร้อมแนบเอกสารดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือน

จาก

หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ



<p><b>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</b>                  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ                  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/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"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ                  เนื่องจาก.....                  .....                  (ลงชื่อ).....                  (.....)                  เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p><b>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</b>                  เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาจะหลวย                  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี                  ความเห็นดังนี้  <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน                  กรรมการ (ลงชื่อ).....                  (.....)                  กรรมการ (ลงชื่อ).....                  (.....)                  กรรมการ (ลงชื่อ).....                  (.....)</p>
<p><b>คำสั่ง</b>  <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ .....                  (ลงชื่อ).....                  นายกเทศมนตรีตำบลนาจะหลวย                  วัน/เดือน/ปี.....</p>	

**ติดตามเส้นประให้คนพิการที่ลงทะเบียนเก็บไว้**

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป นับจากเดือนที่ลงทะเบียน ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายไป เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จะต้องดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการได้ ก็ต่อเมื่อได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งเดิม เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

.....  
 เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

# ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ



หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ

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

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

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

เป็นผู้มีอำนาจ.....ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ย.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

# ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ



## หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพ..... ในปีงบประมาณ พ.ศ. .... แทนข้าพเจ้า และมี  
 ระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปีงบประมาณ พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย  
 ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)

## ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจ



### หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยความพิการ

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.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. .... แทนข้าพเจ้า และมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกิน  
 ปีงบประมาณ พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย  
 ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

# ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือแสดงความประสงค์ รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



## แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../2559

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลจิกเทิง

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

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

ตำบลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ ๓๔๒๘๐ ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงิน  
สงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

### 1. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ซ้ำรูดทรุดโทรม ( ) ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

### 3. การพักอาศัย

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

( ) พักอาศัยกับ ..... รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

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

### 4. รายได้ – รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

## หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาจะหลวย

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงิน  
สงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

## หนังสือมอบอำนาจในการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาจะหลวย

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลขประจำตัวประชาชน  
 ..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น  
 .....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

( ) เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

# สารพันคำถาม

## ถาม

ผู้สูงอายุที่อยู่ในคุกสามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?



## ตอบ

ลงทะเบียนไม่ได้ เพราะถือว่าได้รับการดูแลจากทางภาครัฐอยู่แล้ว หรือ กรณีได้รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว ภายหลังต้องโทษ คดีสิ้นสุด ได้รับโทษจำคุก ถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติไม่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เช่นกัน

## ถาม

บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนที่อาศัยอยู่ภูมิลำเนาของตนเอง และได้รับเงินจากกรมควบคุมโรค สามารถขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่ ?



## ตอบ

ลงทะเบียนได้



## ถาม

บุคคลที่เป็นโรคเรื้อนและอาศัยอยู่ในนิคมโรคเรื้อนซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ของทางราชการ สามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุคนพิการได้หรือไม่

## ตอบ

ลงทะเบียนไม่ได้

## ถาม

ถ้าผู้สูงอายุรับเงินเบี้ยคนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ อยู่แล้ว จะสามารถขึ้น ทะเบียนผู้สูงอายุและรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้หรือไม่



## ตอบ

ลงทะเบียนได้และสามารถรับเงินได้.....จ้า

## ถาม

พระภิกษุสงฆ์สามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่



## ตอบ

ลงทะเบียนได้.....จ้า ยกเว้นพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับเงินเดือน (เงินนิตยภัต) เช่น เจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เป็นต้น ...จ้า

## ถาม

ข้าราชการที่รับเงินบำเหน็จ สามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุ หรือผู้พิการได้หรือไม่

## ตอบ

ลงทะเบียนได้ ยกเว้น ผู้รับบำนาญ บำเหน็จรายเดือน บำนาญพิเศษ และเบี้ยหวัด

## ถาม

ผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง นายก อบต., รองนายก อบต., สมาชิกสภา , กำนัน , ผู้ใหญ่บ้าน สามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุ ได้หรือไม่

## ตอบ

ลงทะเบียนไม่ได้ เนื่องจากมีเงินเดือนประจำ แต่เมื่อพ้น จากตำแหน่งแล้ว สามารถมาลงทะเบียนได้

## ถาม

ถ้าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่ต่างประเทศ แต่ยังมีชื่ออยู่ใน ทะเบียนบ้านในประเทศไทย สามารถลงทะเบียนผู้สูงอายุได้หรือไม่

## ตอบ

สามารถลงทะเบียนได้

## ถาม

ผู้ประกันตนที่รับบำนาญชราภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗ มีสิทธิลงทะเบียนได้หรือไม่

## ตอบ

ได้ครับ เพราะไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๖ (๔)

## ถาม

ผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการรับเงินได้หรือไม่

## ตอบ

ได้ครับ โดยมายื่นความประสงค์ได้ที่ ทต.นาจะหลวย

## ถาม

คนต่างด้าวที่ป่วยเป็นโรคเอดส์มีสิทธิลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ได้หรือไม่

## ตอบ

ไม่ได้ เพราะรัฐไม่ให้สิทธิขั้นพื้นฐานของพลเมืองที่รัฐให้ความช่วยเหลือ แต่ให้แก่เฉพาะผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น

## ถาม

ผู้พิการที่ติดคุกสามารถยื่นคำขอลงทะเบียนได้หรือไม่

## ตอบ

ได้ โดยให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อผู้บัญชาการเรือนจำหรือผู้บริหารที่เรียกชื่ออย่างอื่น แล้วแต่กรณีเพื่อนำส่งเป็นหนังสือต่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นภูมิลำเนาของคนพิการ

## ถาม

ผู้พิการที่รับเงินเบี้ยความพิการอยู่ก่อนแล้ว ต่อมาเป็นผู้ซึ่งต้องขังหรือจำคุกในเรือนจำ ทัณฑสถาน หรือสถานที่คุมขังกรมราชทัณฑ์ หรือสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ยังมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการต่อไปหรือไม่

## ตอบ

ยังมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการต่อไป

## ถาม

กรณีผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ย้ายทะเบียนไปลงทะเบียนใหม่ โดยรับเงินซ้ำซ้อนกันทั้งที่เดิมและที่ใหม่ จะต้องทำอย่างไร

## ตอบ

ผู้มีสิทธิจะต้องคืนเงินให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิม

## ถาม

กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยจาก อปท. แห่งหนึ่ง และได้ย้ายภูมิลำเนาไปอีก อปท. แห่งหนึ่ง เมื่อคนพิการรายนั้นได้ยื่นลงทะเบียนไว้กับ อปท. แห่งใหม่ที่ย้ายไป อปท. แห่งใหม่จะต้องดำเนินการอย่างไร

## ตอบ

จะต้องได้รับการยืนยันจาก อปท. เดิมเสียก่อนว่าได้ประกาศถอนรายชื่อคนพิการคนนั้นในเดือนถัดไปแล้ว ถึงจะดำเนินการจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนนั้นในเดือนถัดไปได้

## ถาม

กรณีผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ ไม่สามารถเซ็นลายมือชื่อรับเงินได้ จะต้องทำอย่างไร

## ตอบ

โดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือขวาแทนการใช้ลายเซ็นในการรับเงินดังกล่าว จะต้องให้มีพยานสองคนเซ็นชื่อรับรองไว้ด้วยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา ๙

## ถาม

กรณีผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ ไม่สามารถรับเงินสดด้วยตนเองได้ จะต้องทำอย่างไร

## ตอบ

จะต้องมีหนังสือมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โดยแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบ กรณีการจ่ายเป็นเงินสดให้แก่บุคคลผู้รับมอบอำนาจ ให้ผู้รับมอบอำนาจลงลายมือชื่อรับรองการมีชีวิตของผู้รับมอบอำนาจโดยหมายเหตุในใบสำคัญรับเงินทุกครั้ง ทั้งนี้ห้ามมิให้จ่ายเงินแก่ผู้ที่ไม่ได้มีหนังสือรับมอบอำนาจโดยเด็ดขาด



มีข้อสงสัย นอกเหนือจากคู่มือฯ ติดต่อสอบถามได้ที่งานพัฒนา  
ชุมชนและสวัสดิการสังคม ทต.นาจะหลวย โทร. ๐๘๓๓๘๔๒๓๔๒(คุณ  
กมลวรรณ), (คุณประเวช)