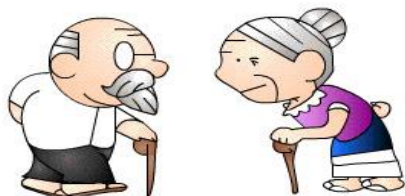




## คู่มือสำหรับประชาชน

๑. การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๒. การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
๓. การยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
๔. การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



## คำนำ

งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลบึงเลิศ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตเทศบาลตำบลบึงเลิศ และ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ โดยมีหน้าที่รับลงทะเบียน ผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตาม ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แก้ไขเพิ่มเติมจนถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมจนถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวเทศบาลตำบลบึงเลิศ จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

เทศบาลตำบลบึงเลิศ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุคนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับรวมทั้ง ทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและ ประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานพัฒนาชุมชน  
เทศบาลตำบลบึงเลิศ

# ๑.คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ ขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓)

★ ผู้สูงอายุตรวจสอบคุณสมบัติของตนเองตามรายการดังนี้

## คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. เป็นผู้ที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ หรือ เกิดก่อนวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๔ (ผู้สูงอายุเกิดก่อน ๑ ตุลาคม ๒๕๐๓ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป ส่วนผู้สูงอายุเกิดก่อนวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๔ จะได้รับเงินในเดือนถัดไป จากเดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์) สำหรับในกรณีที่ในทะเบียนราษฎรไม่ปรากฏวันที่ เดือนเกิด ให้ถือว่าระบุนเฉพาะปีเกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดวันที่ ๑ มกราคมของปีนั้น
๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบึงเลิศตามทะเบียนบ้าน
๔. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเทศบาล ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือเทศบาลจัดให้เป็นประจำ

## ★เอกสาร หลักฐาน ประกอบด้วย

๑. แบบฟอร์มแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๒. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
๓. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) กรณีที่ผู้สูงอายุที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

**หมายเหตุ :** ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ เทศบาลตำบลบึงเลิศพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

## ★ การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สามารถตรวจสอบ รายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ สำนักงานเทศบาลตำบลบึงเลิศ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๑-๙ ภายในวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๖๓

## ★ ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ลำดับที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.	กรอกเอกสาร	๑.กรอกแบบฟอร์มแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ๒.แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ๔. แนบสำเนาทะเบียนบ้าน ๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา กรณีที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร	๒ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนัก ปลัดเทศบาล ตำบลบึงเลิศ	นายกมล วรรณสา โทรศัพท์ ๐๘๙๒๗๖๐๒๘๑ Email: <a href="mailto:kamon๖๐๒๘๑@gmail.com">kamon๖๐๒๘๑@gmail.com</a>
๒.	ตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่ออกไปรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน	๑ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนัก ปลัดเทศบาล ตำบลบึงเลิศ	
๓.	ประกาศ	ประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ สำนักงานเทศบาลตำบลบึงเลิศ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๑-๙	๑๕ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนัก ปลัดเทศบาล ตำบลบึงเลิศ	
๔.	การบันทึกข้อมูล	บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	เดือนธันวาคม ของทุกปี	งานพัฒนาชุมชน สำนัก ปลัดเทศบาล ตำบลบึงเลิศ	
๕	จ่ายเงินเบี้ยความพิการ	จ่ายเงิน เบี้ย ยัง ชี พ ผู้ สูง อายู ใน ปีงบประมาณถัดไปตามอัตราตามขั้นบันได	ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน	งานพัฒนาชุมชน สำนัก ปลัดเทศบาล ตำบลบึงเลิศ	

## คำชี้แจง

ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในเขตพื้นที่ตำบลอื่น และภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลบุงเลิศ ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงิน เบี้ยยังชีพใหม่อีกครั้งทันทีที่ย้ายเข้ามา ณ ที่ทำการเทศบาลตำบลบุงเลิศ แต่สิทธิในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุยังคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นปีงบประมาณ เช่น นาง ก.ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ที่เทศบาลตำบลเมยวดี ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่ที่ตำบลบุงเลิศ ในวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๒ นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ ณ สำนักงานเทศบาลตำบลบุงเลิศ ภายในวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๒ แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เทศบาลตำบลเมยวดี อยู่ต่อไปจนถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๓ และจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เทศบาลตำบลบุงเลิศ ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม-๓๐ กันยายน เช่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒-๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓-๓๐ กันยายน ๒๕๖๔

## ★ การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



๑. ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึงเดือน ธันวาคม ๒๕๖๒ เทศบาลตำบลบึงเลิศ จะดำเนินการ เบิก-จ่ายเงิน ให้กับผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามประกาศรายชื่อ โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปีถัดไป โดย จะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่อยู่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

๒. ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ในเดือน มกราคม ๒๕๖๓ ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๓ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง จะดำเนินการ เบิก -จ่ายเงิน ให้กับผู้สูงอายุผู้มี สิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามประกาศรายชื่อ โดยจะโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารตามที่อยู่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

## ★ การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตพื้นที่ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. มีตำแหน่งทางการเมือง (มีเงินเดือน)

## ★ หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตนเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพได้รับเงินไม่ครบหรือสงสัย กรุณาติดต่อ เทศบาล ตำบลบึงเลิศ ภายในวันที่ ๒๐ ของเดือน
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาต้องแจ้ง เทศบาลตำบลบึงเลิศ เพื่อดำเนินการในส่วนที่ เกี่ยวข้องต่อไป
๔. ให้ผู้สูงอายุที่รับเงินเบี้ยยังชีพแสดงการมีชีวิตอยู่ต่อสำนักงานเทศบาลตำบล บึงเลิศ ระหว่างวันที่ ๑- ๕ ตุลาคม ของทุกปี
๕. กรณีเสียชีวิต ให้ญาติแจ้งการเสียชีวิตให้เทศบาลตำบลบึงเลิศ ได้รับทราบ (พร้อมสำเนาใบมรณบัตร) เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

## ★ การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบัน คิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้น “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุออกเป็นช่วงๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อยๆ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี

### ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ(แบบขั้นบันได)

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงินที่ได้รับ (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

### วิธีคำนวณอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในขั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน เท่านั้น เช่น

๑. นาง ก. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๕๐๓ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ นาง ก. จะอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ หมายความว่า นาง ก. จะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ (งบประมาณปี ๒๕๖๔)

๒. นาง ข. เกิด ๓๐ กันยายน ๒๕๐๒ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปีบริบูรณ์ หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ (งบประมาณปี ๒๕๖๔)

## ๒.คุณสมบัติของผู้ที่มีสิทธิ ขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ (ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓)

### ★ คุณสมบัติของผู้พิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบึงเลิศตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ เอกสารการรับบัตรประจำตัวคนพิการ
๔. ไม่เป็นผู้บุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

### ★ เอกสาร หลักฐาน ประกอบด้วย

๑. กรอกแบบฟอร์มแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๒. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
๓. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนากรณีของผู้สูงอายุที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร

**หมายเหตุ :** ในกรณีผู้พิการที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ เทศบาลตำบลบึงเลิศ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

### ★ การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

ผู้ที่มายื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ สามารถตรวจสอบ รายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ สำนักงานเทศบาลตำบลบึงเลิศ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ ๑-๙ โดยผู้พิการจะได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปจากเดือนที่ลงทะเบียนขอรับเงิน

กรณีได้รับเบี้ยความพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลบึงเลิศต้องมาขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเทศบาลตำบลบึงเลิศ ทั้งนี้

## ★ ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ

ลำดับ ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.	กรอก เอกสาร	๑.กรอกแบบฟอร์มแบบคำขอลงทะเบียนรับเงิน เบี้ยความพิการ ๒.แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ๓.แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ๔. แนบสำเนาทะเบียนบ้าน ๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) กรณีที่ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร	๒ นาที	งานพัฒนา ชุมชน สำนัก ปลัดเทศบาล ตำบลบึงเลิศ	นายกมล วรรณสา โทรศัพท์ ๐๘๙๒๓๖๐๒๘๑ Email: <a href="mailto:kamon๖๐๒๘๑@gmail.com">kamon๖๐๒๘๑@gmail.com</a>
๒.	ตรวจสอบ เอกสาร	เจ้าหน้าที่ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำ ขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน	๑ นาที	งานพัฒนา ชุมชน สำนัก ปลัดเทศบาล ตำบลบึงเลิศ	
๓.	ประกาศผู้ มีสิทธิ ได้รับเงิน	ประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ สำนักงาน เทศบาลตำบลบึงเลิศ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ ๑-๙	๑๕ วัน	งานพัฒนา ชุมชน สำนัก ปลัดเทศบาล ตำบลบึงเลิศ	
๔.	การบันทึก ข้อมูล	บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฐานข้อมูลเบี้ย ยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๓ นาที	งานพัฒนา ชุมชน สำนัก ปลัดเทศบาล ตำบลบึงเลิศ	
๕	จ่ายเงิน เบี้ยความ พิการ	จ่ายเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปหลังจาก ประกาศจำนวน ๘๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน	ในเดือน ถัดไป หลังจาก ลงทะเบียนรับ เงิน	งานพัฒนา ชุมชน สำนัก ปลัดเทศบาล ตำบลบึงเลิศ	

## การจ่ายเบี้ยความพิการ และ ช่องทางการรับเงินเบี้ยความพิการ



๑. ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึงเดือน ธันวาคม ๒๕๖๒ เทศบาลตำบลบึงเลิศ จะดำเนินการ เบิก-จ่ายเงิน ให้กับผู้พิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตามประกาศรายชื่อ รายละเอียด ๘๐๐ บาท ต่อคนต่อเดือน โดยจะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่คุณผู้พิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

๒. ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ในเดือน มกราคม ๒๕๖๓ ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๓ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง จะดำเนินการ เบิก -จ่ายเงิน ให้กับผู้พิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตามประกาศรายชื่อ รายละเอียด ๘๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน โดยจะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่คุณผู้พิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

### ★ การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. บัณฑิตพิการหมดอายุ
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตพื้นที่ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

### ★ หน้าที่ของผู้ได้รับเบี้ยความพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตนเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพได้รับเงินไม่ครบหรือสงสัย กรุณาติดต่อ เทศบาลตำบลบึงเลิศ ภายในวันที่ ๒๐ ของเดือน
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาต้องแจ้ง เทศบาลตำบลบึงเลิศ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
๔. ให้ผู้สูงอายุที่รับเงินเบี้ยยังชีพแสดงการมีชีวิตอยู่ต่อสำนักงานเทศบาลตำบลบึงเลิศ ระหว่างวันที่ ๑- ๕ ตุลาคม ของทุกปี
๕. กรณีเสียชีวิต ให้ญาติแจ้งการเสียชีวิตให้เทศบาลตำบลบึงเลิศ ได้รับทราบ (พร้อมสำเนาใบมรณบัตร) เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป



### ๓.คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓)

★ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบึงเลิศตามทะเบียนบ้าน
๓. มีใบรับรองแพทย์ ว่าติดเชื้อ AIDS
๔. ได้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ด้วยความสมัครใจ

★ เอกสาร หลักฐาน ประกอบด้วย

๑. แบบฟอร์มแบบคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
๒. ใบรับรองแพทย์ ว่าติดเชื้อ AIDS
๓. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
๔. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนากรณีที่ผู้สูงอายุที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร

**หมายเหตุ :** ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ เทศบาลตำบลบึงเลิศ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

## การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์และ ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



เทศบาลตำบลบุงเลิศ จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์โดยจะได้รับเงินเริ่มต้นปีงบประมาณนั้นๆ โดยจะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ผู้ป่วยเอดส์ได้แจ้งความประสงค์ไว้ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือน ในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน

### ★ การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. บัตรพิการหมดอายุ
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตพื้นที่ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

### ★ หน้าที่ของผู้ได้รับเบี้ยความพิการ

๑. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพได้รับเงินไม่ครบหรือสงสัย กรุณาติดต่อเทศบาลตำบลบุงเลิศ ภายในวันที่ ๒๐ ของเดือน
๒. เมื่อย้ายภูมิลำเนาต้องแจ้ง เทศบาลตำบลบุงเลิศ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
๓. กรณีเสียชีวิต ให้ญาติแจ้งการเสียชีวิตให้เทศบาลตำบลบุงเลิศ ได้รับทราบ (พร้อมสำเนาใบมรณบัตร) เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

**ภาคผนวก**

# ตัวอย่าง

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๓

## แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอ  
ลงทะเบียน ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) .....เลขประจำตัว  
ประชาชนผู้รับมอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....  
โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....  
เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....อายุ.....ปี สัญชาติ...ไทย...มีชื่ออยู่ในสำเนา  
ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ ซอย .....ถนน.....ตำบล...ปungเล็ค...อำเภอ...เมยวดี...  
จังหวัด...ร้อยเอ็ด.....รหัสไปรษณีย์ .....๔๕๒๕๐.....โทรศัพท์.....  
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□  
สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ.....  
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  
 ได้รับเบี้ยความพิการ  ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  ทะเบียนบ้าน  
 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ  
 บัญชีเงินฝากธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....  
ชื่อบัญชี.....

“ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จราย  
เดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่า  
ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลาง  
ภาครัฐ ”

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(นายกมล วรรณสา)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน 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"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... ..... (ลงชื่อ) ..... (นายกมล วรรณสา) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรีเทศบาลตำบลบึงเลิศ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( นางนันทนา อุทธิรักษ์ ) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( นางวีณา มุลละ ) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( นายกมล วรรณสา )</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... ..... (ลงชื่อ) ..... (นายบัญญัติ สุวรรณไตร) ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีตำบลบึงเลิศ วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....  
ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. ....  
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มี  
คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับเงินตั้งแต่เดือน  
.....พ.ศ.....เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไป  
ลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือน กันยายน ของปีนั้น  
ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

หมายเหตุ ผู้สูงอายุเกิดก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๐๓ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ เป็นต้น  
ไป ส่วนผู้สูงอายุที่เกิดระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๐๓ ถึง ๒ กันยายน ๒๕๐๔ จะได้รับเงินในเดือนถัดไปจาก  
เดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์



<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก ..... ..... (ลงชื่อ) ..... (นายกมล วรรณสา) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรีเทศบาลตำบลบึงเลิศ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( นางนันทนา อุทธิรักษ์ ) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( นางวีณา มุทธะ ) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( นายกมล วรรณสา )</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... ..... (ลงชื่อ) ..... (นายบัญญัติ สุวรรณไตร) ตำแหน่ง นายกเทศมนตรีตำบลบึงเลิศ วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ติดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยจะได้รับเงิน  
เบี้ยความพิการในเดือนถัดไปหลังจากได้ยื่นคำขอลงทะเบียนไว้ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน  
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วน  
ท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทิวให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(นายกมล วรรณสา)

นักพัฒนาชุมชนเทศบาลตำบลบึงเลิศ

โทร. ๐๘๙ ๒๗๖๐๒๘๑ Email: [kamon๖๐๒๘๑@gmail.com](mailto:kamon๖๐๒๘๑@gmail.com)

# ตัวอย่าง

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบลบึงเลิศ อำเภอเมยวดี

จังหวัดร้อยเอ็ด ๔๕๒๕๐

วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕.....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบึงเลิศ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลบึงเลิศ อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ขอมอบอำนาจให้  
(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตำบลบึงเลิศ อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด โทรศัพท์.....  
เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจในการกระทำการแทนข้าพเจ้า  
และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการในกิจการดังต่อไปนี้

- [ ] รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นเงินสดตลอดปีงบประมาณ
- [ ] รับเงินเบี้ยความพิการเป็นเงินสดตลอดปีงบประมาณ
- [ ] รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นเงินสดตลอดปีงบประมาณ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ : ให้แนบหลักฐาน

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

◆ แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ) □ ◆



◆ แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ) ◆



◆ แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์) ◆

