



คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสวัสดิการและสังคม

จัดทำโดย

นางสาวอัจฉรา ประสิทธิ์เตสังข์
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสวัสดิการและสังคม

- การยื่นเอกสารยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
- การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ที่	กระบวนการงาน	ระยะเวลา
๑	งานรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ	๒๐ นาที/ราย
๒	งานรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ	๒๐ นาที/ราย
๓	งานเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๕ นาที/ราย
๔	งานเบิกจ่ายเบี้ยความพิการ	๕ นาที/ราย
๕	งานเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	ไม่เกิน ๒ วันทำการ (โอนเข้าบัญชี)

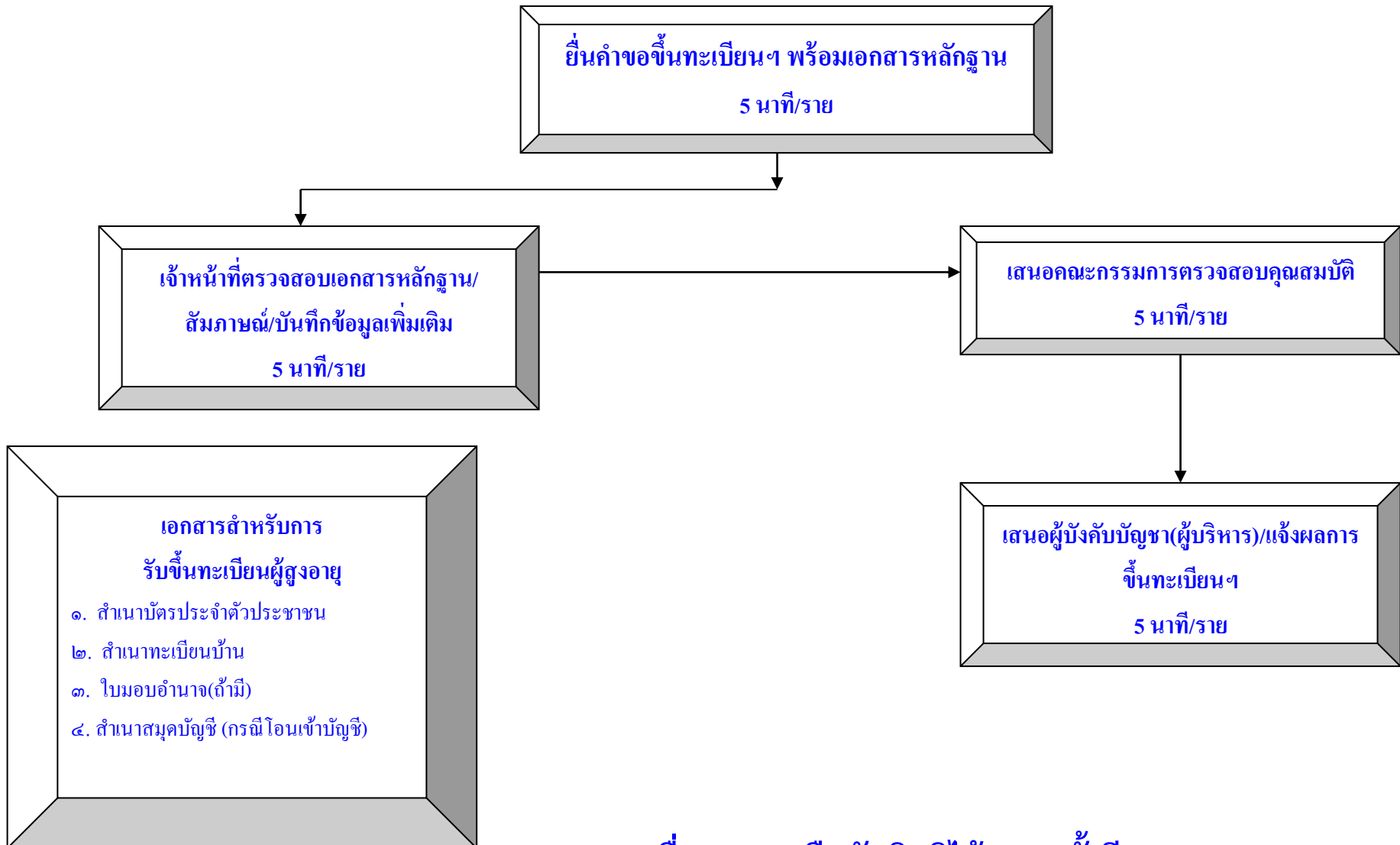
หมายเหตุ : เริ่มเวลาตั้งแต่ผู้มารับบริการมีเอกสารครบถ้วนถูกต้อง

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การยื่นเอกสารยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)

เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้ง
รับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖

ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ ระยะเวลา ๒๐ นาที/ราย



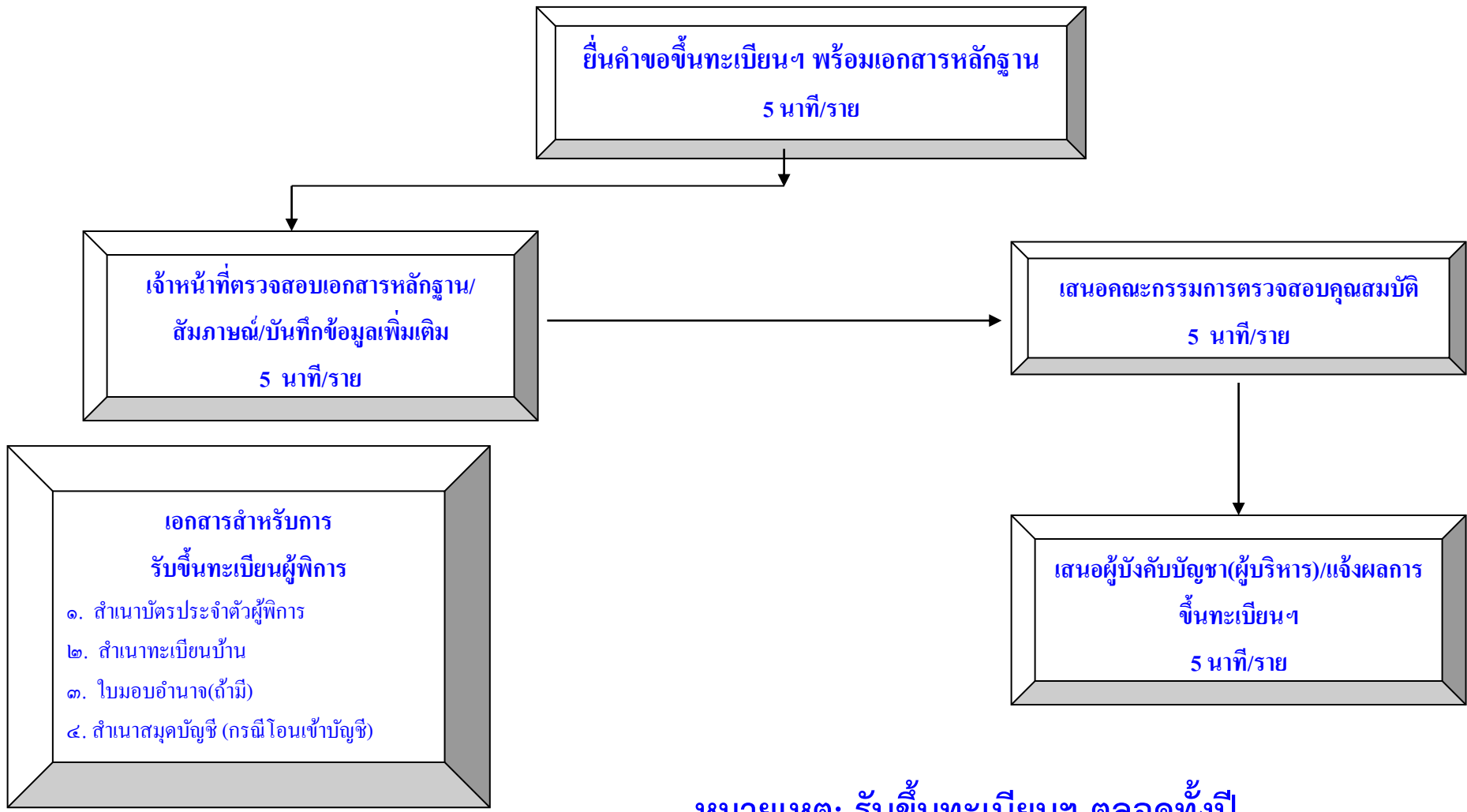
หมายเหตุ: ยื่นเอกสารยืนยันสิทธิได้ตลอดทั้งปี

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)

เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้ง
รับขึ้นทะเบียน

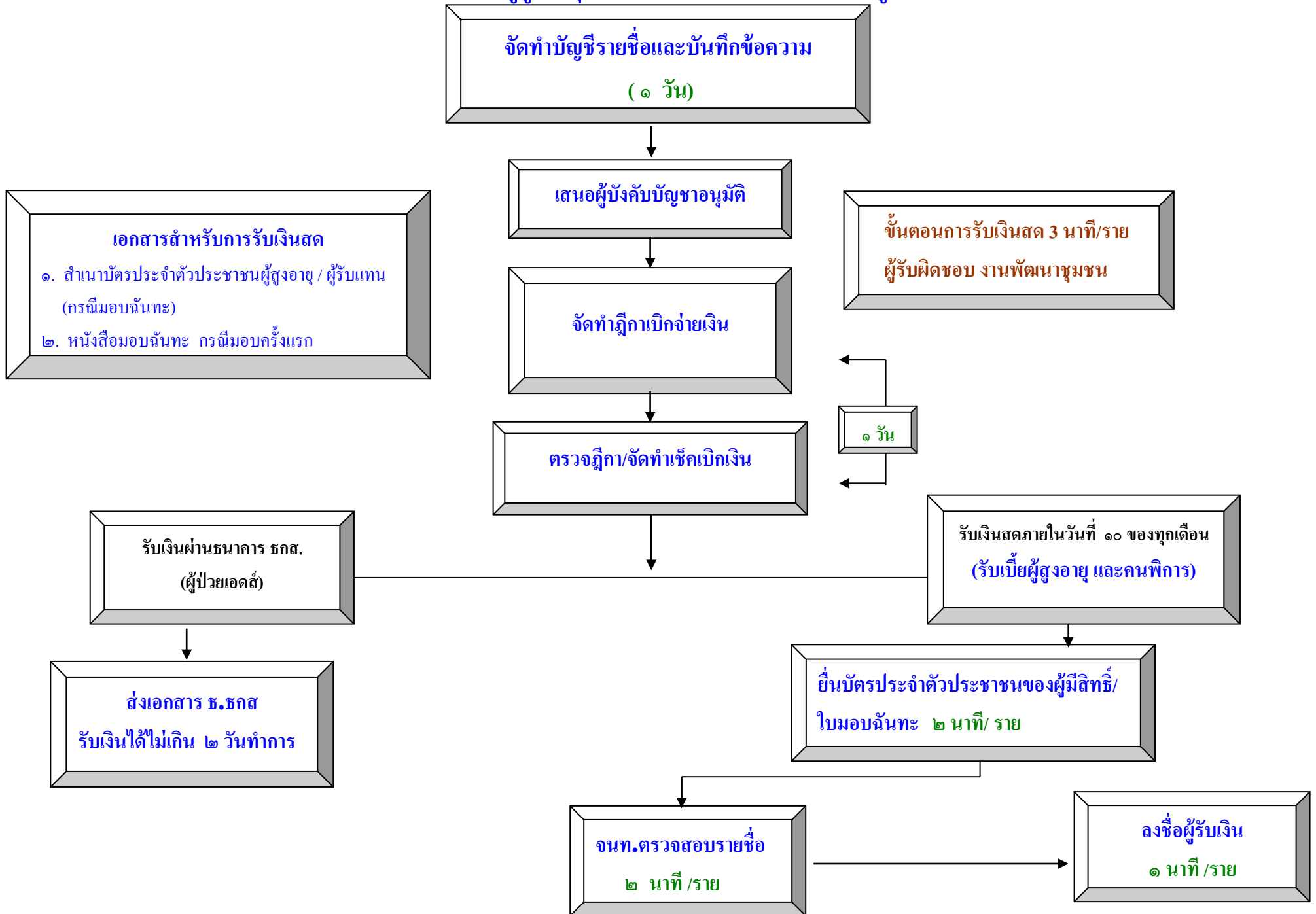
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓
แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒

ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนเพื่อรับเบี้ยผู้พิการ ระยะเวลา ๒๐ นาที/ราย



หมายเหตุ: รับขึ้นทะเบียนฯ ตลอดทั้งปี

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)



กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความสมัครใจ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่มีความสมัครใจ ดังนี้ (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตาเสา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... () นายก อบต.ตาเสา วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะเริ่มรับเงิน เบี้ยความพิการ เดือนถัดไปหลังจากที่ยื่นรับ เบี้ยความ พิการ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้ ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิม ว่าได้ออนรายชื่อในการรับเบี้ยความพิการ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

(ลงชื่อ).....
(.....)
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก</p> <p>(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตาเสา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ</p> <p>.....</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> ไม่รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ) () นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา วัน/เดือน/ปี</p>	

ชื่อ-สกุล.....ลำดับที่ลงทะเบียน...../.....
ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.....
การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.
.....เป็นต้นไป

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

- ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง
[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....
มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□
สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง อื่น ๆ.....
สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ชื่อบัญชี.....
ธนาคาร.....เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□□□

- พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ โรงพยาบาล.....
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

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

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว

เป็นผู้ไม่มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลตาเสา

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน สาเหตุ.....

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

ส อบต. หมู่ที่
กรรมการ

ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่
กรรมการ

ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่
กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน สาเหตุ

.....
.....

(นายแดง อนันรัมย์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

..... / /

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.ตาเสา

โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมา ดังนี้

๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์/AIDS จริง

๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ อบต.ตาเสาทราบ ภายใน ๓ วัน

แบบสอบถามเท็จจริงเบื้องต้น
ผู้ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
องค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลำดับที่/.....

ชื่อสกุล (ผู้ขอรับการสงเคราะห์).....

ผู้ขอรับการสงเคราะห์อายุ ปี บุคลิกลักษณะของผู้ขอรับบริการ

เชื้อชาติไทย..... สัญชาติไทย..... ศาสนาพุทธ.....

สถานภาพการสมรส

โสด สมรส อื่นๆ (ระบุ)

วัน/เดือน/ปีเกิด บัตรประชาชนเลขที่ ----

ภูมิลำเนาเดิม บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ตำบล ตาเสา.....

อำเภอห้วยราช..... จังหวัดบุรีรัมย์..... รหัสไปรษณีย์๓๑๐๐๐..... โทรศัพท์

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ตำบลตาเสา.....

อำเภอห้วยราช..... จังหวัดบุรีรัมย์..... รหัสไปรษณีย์๓๑๐๐๐..... โทรศัพท์

อาชีพ รายได้บาท/วัน/เดือน

ลักษณะที่อยู่อาศัย

- บ้านตนเอง บ้านเช่า บ้านบิดา มารดา,ญาติ
 บ้านเพื่อน คนรู้จัก เช่าที่บุคคลอื่น บ้านพักขององค์กรเอกชน.....

ลักษณะสภาพภายในที่อยู่อาศัย.....

สภาพสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย

จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว จำนวนคน จำนวนบุคคลที่อยู่ในความอุปการะ คน

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	ความเกี่ยวข้อง	ระดับการศึกษา	สุขภาพ	อาชีพ/รายได้	หมายเหตุ

สาเหตุปัญหาความเดือดร้อน

.....

/ลักษณะการ...

ลักษณะการครองชีพของผู้รับการสงเคราะห์และครอบครัว (รายรับ-รายจ่าย)

.....
.....
.....

ประวัติความเป็นมาของผู้รับการสงเคราะห์และครอบครัว

.....
.....
.....

การวินิจฉัยปัญหา

.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

(.....)
ผู้รับการสงเคราะห์

(.....)
ผู้ยื่นคำร้องฉบับนี้

(นางสาวอัจฉรา ประสิทธิ์สังข์)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ
ผู้สัมภาษณ์/ผู้เยี่ยมบ้าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติในการรับเบี้ยยังชีพตาม ข้อ ๔ และข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการ
จ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ จริง และหากภายหลังข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติลง ข้าพเจ้า
ยินดีให้ถอนรายชื่อข้าพเจ้าออกจากบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ และยินดีคืนเงินสงเคราะห์ที่ได้รับไปนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ขาด
คุณสมบัติลง

(.....)
ผู้รับการสงเคราะห์

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

.....
.....
.....

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

(นายภาณุวัฒน์ โนนวิเศษ)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

นายแดง อนันรัมย์
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา