

คู่มือหรือแนวทางการขอรับบริการ
สำหรับผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อ



องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก
อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

คำนำ

ด้วยพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๕๘ ตามมาตรา ๗ ได้กำหนดให้หน่วยงานของรัฐที่มีการอนุญาตต้องจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ซึ่งอย่างน้อยต้องประกอบด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ ขั้นตอนระยะเวลาในการพิจารณาอนุญาตและรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ผู้ขออนุญาตจะต้องยื่นมาพร้อมกับคำขอ และให้นำคู่มือสำหรับประชาชนไปประกาศไว้ ณ สถานที่ยื่นคำขอ และเผยแพร่ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก จึงได้จัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และระยะเวลาแล้วเสร็จของการให้บริการแต่ละประเภทโดยประชาชนสามารถตรวจสอบการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบลวังลึกได้ ซึ่งถือเป็นการปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ตามมาตรา ๒๐ และมาตรา ๒๙ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้เป็นประโยชน์ต่อประชาชนและผู้รับบริการต่อไป

องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก

สารบัญ

	หน้า
๑.งานที่ให้บริการขององค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก	๑
➤ การขอรับสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๒
➤ การลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยความพิการ	๗
➤ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑๒

**คู่มือสำหรับประชาชน/งานที่ให้บริการ
องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก อำเภอบ้านด่านลานหอย
จังหวัดสุโขทัย**

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก
2. โทรศัพท์: 055-946663
3. โทรสาร : 055-946663 ต่อ 18
4. เว็บไซต์ตอบต.วังลึก www.wanglueg.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

๑. วันจันทร์ ถึง วันศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
2. ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น.
(มีพักเที่ยง)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อ ผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่

1. ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก
3. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ
3. เสนอคณะผู้บริหาร

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

สำนักปลัดตอบต.วังลึก งานพัฒนาชุมชน

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน 5 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน	1	ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์	จำนวน	1	ฉบับ
3. ใบรับรองแพทย์	จำนวน	1	ฉบับ
4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(กรณีขอรับผ่านธนาคาร)	จำนวน	1	ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก โทรศัพท์ : 055-946663

หรือ เว็บไซต์ : www.wanlueg.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

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 เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1.ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน

() มั่นคงถาวร () เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2.ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจากอยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง

.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก

เนื่องจาก

1. การพักอาศัย () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับรวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน

ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นผู้สิทธิได้รับการสงเคราะห์เงิน
สงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่ นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองคํการบริหารส่วนตำบล.....

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่..... ถนน.....

ต.รอก/ชอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ

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

โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำ

การแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก
2. โทรศัพท์: 055-946663
3. โทรสาร : 055-946663 ต่อ 18
4. เว็บไซต์ : www.wanlueg.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

1. วันจันทร์ ถึง วันศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
2. ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น.
(มีพักเที่ยง)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลแก้งเหนือ (ตามทะเบียนบ้าน)
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
5. กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำร้องขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ผู้พิการ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้พิการ
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ
3. เสนอคณะผู้บริหาร

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

สำนักปลัด อบต. วังลึก งานพัฒนาชุมชน

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน 1 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|--|--------------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้พิการ | จำนวน 1 ชุด |
| 2. ใบรับรองความพิการจากแพทย์ | จำนวน 1 ชุด |
| 3. รูปถ่ายผู้พิการ 1 นิ้ว | จำนวน 1 รูป |
| 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล | จำนวน 1 ชุด |
| 5. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี)
สำหรับกรณีและผู้ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ผ่านธนาคาร | จำนวน 1 ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก โทรศัพท์ : 055-946663

หรือ เว็บไซต์ : www.wanlueg.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคน

พิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา มารดา บุตร สามเณร ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการ อื่นๆ ลงทะเบียน

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....

เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---- ที่อยู่.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม พิการซ้ำซ้อน

ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

ยังไม่เคยได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ในใหม่ เมื่อ.....

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

อื่นๆ (ระบุ).....

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง

มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ

ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

มีอาชีพ (ระบุ) รายได้ต่อเดือน

(ระบุ). บาท

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มี

สิทธิ ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)
ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจาก
หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน 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"/> แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้มิคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้วมีความเห็นดังนี้ <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"/> อื่น ๆ (ลงชื่อ)..... นายกองค้การบริหารส่วนตำบล..... วัน/เดือน/ปี.....</p>	

ติดตามเส้นประให้คนพิการที่ขึ้นทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับเงินเบี้ย
 ความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง เดือนกันยายน ในอัตราเดือนละ 800 บาท **กรณีคนพิการ**
ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น(ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ถึง 30 พฤศจิกายน) จะต้องไปลงทะเบียน
 ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายใน เดือนพฤศจิกายน.....
 เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการ

.....
 เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก
2. โทรศัพท์: 055-946663
3. โทรสาร : 055-946663 ต่อ 18
4. เว็บไซต์ : www.wanlueg.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

1. วันจันทร์ ถึง วันศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
2. ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น.
(มีพักเที่ยง)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. สัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก (ตามทะเบียนบ้าน)
3. เป็นผู้มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ในปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ 59 ปีบริบูรณ์ และต้องเกิดก่อน 1 ตุลาคม)
4. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้รับ เงินบำนาญ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน
5. กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำร้องขอได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ผู้สูงอายุ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้สูงอายุ
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ
3. เสนอคณะผู้บริหาร

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

สำนักปลัด อบต. วังลึก งานพัฒนาชุมชน

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน 1 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|---|--------------|
| 1.บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2.ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี)
สำหรับกรณีและผู้ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ผ่านธนาคาร | จำนวน 1 ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก โทรศัพท์ : 055-946663

หรือ เว็บไซต์ : www.wanglueg.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น กับผู้สูงอายุที่ขอ

ลงทะเบียน ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)..... เลขประจำตัวประชาชน

ผู้รับมอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□□-□□-□□ ที่อยู่

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□□-□□-□

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

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือนบาท

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการของรัฐ

□ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ ได้รับการสงเคราะห์ความพิการ

□ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....โดยย้ายมาจาก

(ระบบที่อยู่เดิม.....)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงาน

ของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

-2-

<p style="text-align: center;">ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p style="text-align: center;">ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองคการบริหารส่วนตำบล..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ แล้ว มีความเห็นดังนี้ □ สมควรรับลงทะเบียน □ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p>□ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองคการบริหารส่วนตำบล..... วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ย
ยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือน ตุลาคม ถึงเดือนกันยายน ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10
ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาที่ไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน)
จะต้องไปลงทะเบียน
คำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสหิ
ให้ต่อเนื่อง

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

