

คู่มือสำหรับประชาชน
ส่วนสวัสดิการสังคม

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ ส่วนสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

ส่วนสวัสดิการสังคม/งานพัฒนาชุมชน

โทรสาร. 036-387598

โทร. 036-387598

www.nongnak.go.th /facebook อบต.หนองนาก อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30.00 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาก รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน พฤศจิกายนของทุกปี (ตั้งแต่วันที่ 1 – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. สัญชาติไทย
2. มีอายุ 59 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ในกรณีที่ทะเบียนราษฎรระบุเฉพาะปีเกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดวันที่ 1 มกราคมของปีนั้น เช่น เกิด พ.ศ. 2497 ให้ถือว่าเกิดวันที่ 1 มกราคม 2497
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลหนองนาก
4. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือเทศบาล อบต. จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ

กรณีผู้ยื่นเอกสารแทน

สามารถยื่นเอกสารแทนผู้สูงอายุได้ และหากผู้สูงอายุมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชีผู้อื่น ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ ตัวจริงพร้อมสำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ 1 ชุด

ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ 1- 30 พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

หลักเกณฑ์การรับเงินแบ่งตามอายุ ดังนี้

ปัจจุบันได้จ่ายแบบขั้นบันได

อายุ 60 -69 ปี จะได้รับ 600 บาท

อายุ 70 -79 ปี จะได้รับ 700 บาท

อายุ 80 -89 ปี จะได้รับ 800 บาท

อายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท

หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายทะเบียนบ้านให้เทศบาล หรือ อบต.ที่เคยจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดิมยังคงจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตนกว่าจะสิ้นสุดปีงบประมาณนั้น คือเดือนกันยายน หากมีความประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพกับเทศบาล หรือ อบต. แห่งใหม่ ต้องไปจดทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพที่เทศบาลหรือ อบต.แห่งใหม่ ภายในวันที่ 1 -30 พฤศจิกายนของทุกปี และเริ่มรับเงินที่ใหม่ในเดือนตุลาคม ของปีถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ผู้รับทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
3. เช็กสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
4. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
5. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
6. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

1. ส่วนสวัสดิการสังคม

ระยะเวลา

ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
3. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ธกส. หรือธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ชุด
4. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์
5. สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้แทนได้

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงาน อบต.หนองนาก

โทร. 036-387598

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนชื่อ -
สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□□-□□-□□ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

.....

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

.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน

.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์

.....

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

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

☐ รับเงินสดด้วยตัวเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จ
รายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรอง
ว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

- 2 -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐☐แล้ว

☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองนา

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว

มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ).....

()

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(..)

กรรมการ (ลงชื่อ).....

()

คำสั่ง

☐รับขึ้นทะเบียน ☐ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ

(ลงชื่อ).....

(นายวิชณุพร ดวงพันธุ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองนา

วัน/เดือน/ปี.....

✂ ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ ---

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ

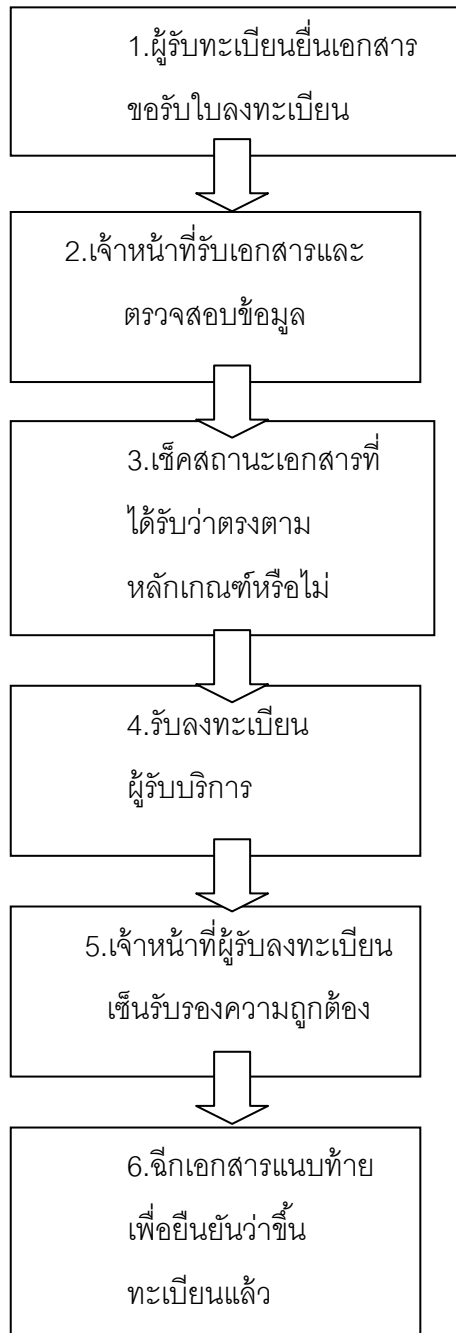
ผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนกันยายน ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุก

เดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน) จะต้องไป

ลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่ ภายในเดือน

พฤศจิกายน ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทึให้ต่อเนื่อง

ผังแสดงขั้นตอนการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ



รวมระยะเวลาระหว่างที่มารับบริการกับทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาถ เป็นระยะเวลา 30 วัน

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนผู้พิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ ส่วนสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

ส่วนสวัสดิการ /งานพัฒนาชุมชน

โทร. 036-387598

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น.

โทรสาร. 036-387598

www.nongnak.go.th

Face Book : องค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาก อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาก รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน พฤศจิกายนของทุกปี (ตั้งแต่วันที่ 1 – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

1. สัญชาติไทย
 2. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
 3. มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรในเขตตำบลหนองนาก
 4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
 5. ในกรณีผู้พิการเป็นผู้ซึ่งต้องขังหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทัดตสถาน หรือสถานคุมขังของกรมราชทัณฑ์ หรือเป็นผู้ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ให้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อผู้บังคับบัญชาการ หรือผู้อำนวยการตามสถานที่ที่อยู่
- ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ 1- 30 พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยความพิการ เริ่มตั้งแต่เดือน ตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

1. ผู้รับทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน
 2. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
 3. เช็คสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
 4. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
 5. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
 6. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว
1. สำนักปลัด อบต./งานพัฒนาชุมชน

ระยะเวลา

ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
3. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ธกส. หรือธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ชุด
4. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้ยื่นแทนได้

หลักฐานสำหรับผู้ยื่นที่มายื่นแทน

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน 1 ชุด |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ชุด |
| 3. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน 1 ชุด |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลหนองนา

โทร. 036-387598

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน :ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับ
คนพิการที่ขอขึ้นทะเบียนโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเษภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ อื่น ๆ.....

ลงทะเบียน ชื่อ - สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐ที่อยู่.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย ☐ ความพิการทางจิตต

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พลวเอดส์ ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

☐ มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....

(บาท)

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

☐ รับเงินสดด้วยตัวเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคารสาขา..... เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

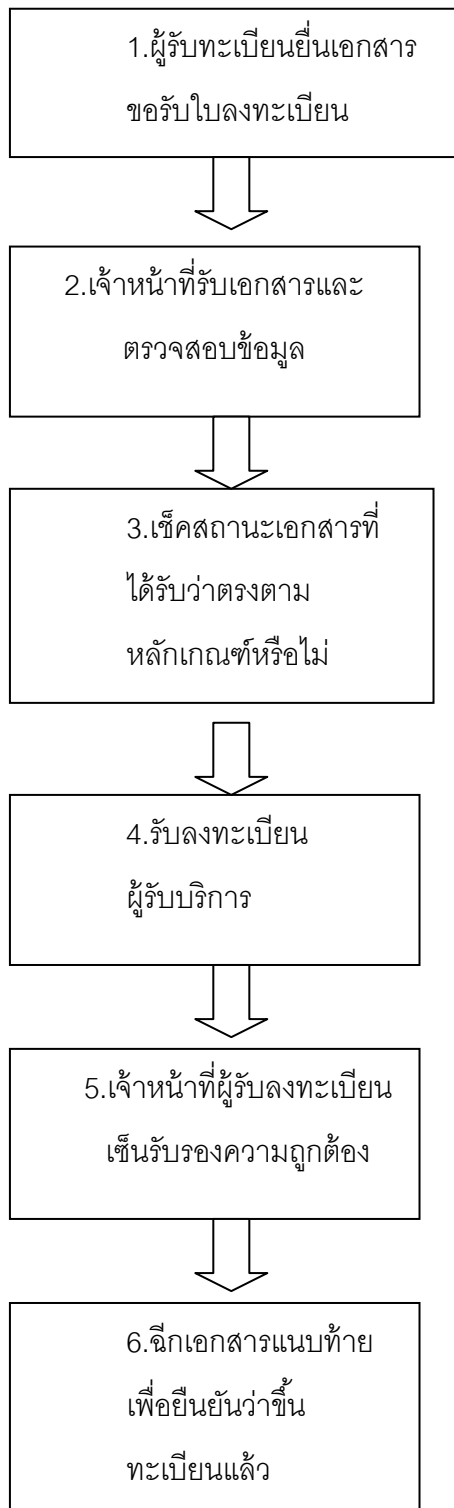
(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ผังแสดงขั้นตอนการขึ้นทะเบียนผู้พิการ



รวมระยะเวลาระหว่างที่มารับบริการกับทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาถ เป็นระยะเวลา 30 วัน

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การยื่นคำขอทำบัตรประจำตัวผู้พิการ (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ ส่วนสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

ส่วนสวัสดิการสังคม/งานพัฒนาชุมชน

โทรสาร. 036-387598

โทร. 036-387598

www.nongnak.go.th /facebook อบต.หนองนาก อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30.00 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 มาตรา 67(6)และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16(1 0) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
2. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร
3. เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

1. ส่วนสวัสดิการสังคม

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
3. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
4. ใบรับรองเป็นผู้พิการจากแพทย์

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงาน อบต.หนองนา

โทร. 03 6-387598

ตัวอย่างแบบฟอร์ม



แบบคำขอมัติบัตรประจำตัวคนพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ
ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

- ☐ ขอมีบัตรใหม่ ☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ
☐ ขอมีบัตรใหม่เนื่องจากชำรุด/สูญหาย/มีการแก้ไขข้อมูลสำคัญ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / อื่นๆ (ระบุ) อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ชื่อหมู่บ้าน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร Email Address

- ☐ เป็นคนพิการ หรือ
☐ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ ให้ระบุความสัมพันธ์กับคนพิการ

มีความประสงค์จะขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามมาตรา ๑๙ ต่อนายทะเบียน พร้อมนี้ได้แนบเอกสารมาประกอบ
การยื่นคำขอครั้งนี้ ได้แก่

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือสำเนาสูติบัตรของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
☐ สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ
☐ รูปถ่ายของคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาดำ ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๒ รูป
☐ ใบรับรองความพิการซึ่งออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาล
เอกชนที่เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกำหนด จำนวน ๑ ฉบับ หรือ
☐ กรณีคนพิการมายื่นคำขอด้วยตนเองและเห็นว่าสภาพความพิการสามารถเห็นได้โดยประจักษ์ชัดเจน จึงมี
ความประสงค์จะให้นายทะเบียนได้พิจารณา โดยไม่มีใบรับรองความพิการ
☐ กรณีเป็นผู้ดูแลคนพิการ ได้แนบสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการ ๑ ฉบับ หรือ
☐ กรณีผู้ยื่นคำขอแทนเป็นบิดามารดาของคนพิการ และมีชื่อในทะเบียนบ้านเลขที่เดียวกันกับคนพิการไม่ต้องแนบ
สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำขอแทนก็ได้
☐ หลักฐานอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการเนื่องจากเป็น
ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ (เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอพิจารณา)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ
คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

รายละเอียดประกอบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

(เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขอให้กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ให้มากที่สุด โดยให้ดำเนินการทั้งกรณีการขอมีบัตรใหม่ และกรณีขอมีบัตรใหม่เนื่องจากบัตรเดิมหมดอายุ/ชำรุด/สูญหาย/มีการแก้ไขข้อมูลสำคัญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้อ ๑ หน่วยงานที่รับคำขอ

ข้อ ๒ ชื่อ สกุล ตำแหน่ง

(เจ้าหน้าที่สอบข้อเท็จจริง)

ข้อ ๓ ข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับคนพิการ

๓.๑ คำนำนานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ)

๓.๒ ชื่อ นามสกุล

๓.๓ เกิดเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

๓.๔ เลขประจำตัวประชาชน

๓.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ

๓.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หม้ายหย่าร้าง

☐ หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต ☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส ☐ อื่นๆ (ระบุ)

๓.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร Email Address

๓.๘ ที่อยู่ในปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร Email Address

๓.๙ สำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุด

☐ อายุถึงเกณฑ์แต่ไม่ได้เรียน ☐ อายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะเรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา

☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปวช. ปวส. ปวท. ☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

๓.๑๐ การประกอบอาชีพ

☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างภาคเอกชน

☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ผู้ประกอบกิจการส่วนตัว/อาชีพอิสระ/ธุรกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ

๓.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการต่อเดือน

☐ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้ บาท

๓.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว) บาท

๓.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี) คน

ข้อ ๔ ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทและลักษณะของความพิการ/ความบกพร่อง

- ๔.๑ ☐ สภาพความพิการจากใบรับรองความพิการ ออกโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานพยาบาลของรัฐ
สถานพยาบาลเอกชนที่เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกำหนด (เอกสารแนบ)
- ๔.๒ ☐ สภาพความพิการสามารถเห็นได้โดยประจักษ์ ไม่มีใบรับรองความพิการ (เอกสารแนบ)
(ใช้รายละเอียดความพิการจากข้อมูลตามข้อ ๔.๑ หรือ ๔.๒ ระบุลงในบัตรประจำตัวคนพิการ)
- ๔.๓ ความยากลำบากในกิจวัตรประจำวัน
☐ ไม่มียากลำบากใดๆ ☐ มีความยากลำบากแต่ดูแลตนเองได้ ☐ ยากลำบากมากจำเป็นต้องมีผู้ดูแล
- ๔.๔ ความยากลำบากในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของคนพิการ
☐ ไม่มียากลำบากใดๆ ☐ มีความยากลำบากแต่ดูแลตนเองได้ ☐ ยากลำบากมากจำเป็นต้องมีผู้ดูแล

ข้อ ๕ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลคนพิการ

- ๕.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มีผู้ดูแล ☐ มีผู้ดูแลอยู่แล้ว
- ๕.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้
- (๑) ชื่อ นามสกุล
- (๒) เลขประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล
- (๓) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดาหรือมารดา ☐ พี่น้อง ☐ ปู่ย่าตายาย
☐ บุตร ☐ สามเณรหรือภรรยา ☐ ญาติ ☐ บุคคลอื่นที่มีใช้ญาติ ระบุ
- (๔) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
หมู่บ้าน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร Email Address
- (๕) รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลโดยประมาณ ☐ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้ บาท
- ๕.๓ ผู้ดูแลคนพิการประสงค์ที่จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)
- (๑) การส่งเสริมการประกอบอาชีพ ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น ☐ ได้รับแล้ว
- (๒) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนพิการ ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น ☐ ได้รับแล้ว
- (๓) การช่วยเหลือทางการเงินหรือสวัสดิการอื่นๆ ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น ☐ ได้รับแล้ว
- (๔) จัดให้มีผู้ช่วยเหลือ/บุคลากรที่เกี่ยวข้องสนับสนุนบางเวลา ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น ☐ ได้รับแล้ว
- (๕) การลดหย่อนภาษี ☐ จำเป็น ☐ ไม่จำเป็น ☐ ได้รับแล้ว
- (๖) อื่นๆ ระบุ

ข้อ ๖ คนพิการประสงค์ที่จะได้รับสิทธิในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า ๑ คำตอบ)

๖.๑ การแพทย์และสาธารณสุข

- | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๒) ค่ารักษาพยาบาล | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๓) การอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๔) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๒ การศึกษาสำหรับคนพิการ

- | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) จัดหาสถานการศึกษาให้เข้าเรียน | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๒) สนับสนุนทุนหรืออุปกรณ์ทางการศึกษา หรือสื่อทางเลือกอื่นๆ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๓) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๓ การประกอบอาชีพ และการมีงานทำ

- | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) การฝึกอาชีพ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๒) การประกอบอาชีพอิสระ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๓) การจัดหางานให้ทำในหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๔) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๔ การส่งเสริมให้เข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

- | | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) การให้สังคมยอมรับศักยภาพคนพิการ | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๒) การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการต่างๆ ในชุมชน/สังคม | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๓) การส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มคนพิการในชุมชน | ☐ จำเป็น | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๔) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๕ การได้รับสวัสดิการสังคมจากรัฐ

- | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| (๑) การจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๒) การสนับสนุนเบี้ยความพิการ/เบี้ยยังชีพ | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๓) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๔) การส่งเสริมการอุปการะเลี้ยงดู | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๕) การจัดหาเงินทุนประกอบอาชีพ | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๖) การลดหย่อนภาษี/ค่าบริการจากรายได้ | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๗) การให้บริการล่ามภาษามือ | ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ได้รับแล้ว |
| (๘) อื่นๆ ระบุ | | | |

๖.๖ การเข้าถึงประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ

(๑) จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่คนพิการเข้าถึงได้ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ได้รับแล้ว

(๒) การสนับสนุนรโยก/พาหนะสำหรับคนพิการ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ได้รับแล้ว

(๓) อื่นๆ ระบุ

๖.๗ การเข้าถึงจากเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ได้รับแล้ว

๖.๘ การร้องขอในกรณีมีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ได้รับแล้ว

๖.๙ เรื่องอื่นๆ ระบุ

ข้อ ๗ ความเห็นของเจ้าหน้าที่ ☐ เห็นสมควรให้มีบัตรประจำตัวคนพิการตามที่ขอ ☐ ไม่เห็นควร เนื่องจาก.....

..... ☐ ความเห็นอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

แบบและรายละเอียดของสภาพความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประเมิน ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

พบว่า มีความพิการที่สามารถเห็นได้โดยประจักษ์ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ดังนี้

๑. ประเภทความพิการทางการเห็น

- ☐ ไม่มีลูกตาทั้งสองข้าง
- ☐ ไม่มีลูกตาดำทั้งสองข้าง
- ☐ ลูกตาสีขาวขุ่นทั้งสองข้าง
- ☐ ลูกตาฝ่อทั้งสองข้าง

๒. ประเภทความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

- ☐ หูหนวก เนื่องจากไม่มีรูหูทั้งสองข้าง

๓. ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- ☐ แขนขาดตั้งแต่ระดับข้อมือขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง
- ☐ ขาขาดตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไป อย่างน้อยหนึ่งข้าง

การเกิดความพิการ

- ☐ ตั้งแต่เกิด
- ☐ ภายหลัง ระบุระยะเวลาจำนวน.....ปี.....เดือน

สาเหตุของความพิการ

- ☐ กรรมพันธุ์
- ☐ โรคติดเชื้อ
- ☐ อุบัติเหตุ
- ☐ โรคอื่น ๆ ระบุ.....
- ☐ ไม่ทราบสาเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียนกลาง/นายทะเบียนจังหวัด.....

ผังแสดงขั้นตอนการยื่นคำขอทำบัตรประจำตัวผู้พิการ
(ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

1.ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ



2.เจ้าหน้าที่รับและ
ตรวจสอบความถูกต้อง



3.เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อ
สำนักงานพัฒนาสังคมและ

รวมระยะเวลาระหว่างที่มารับบริการ เป็นระยะเวลา 1 วัน

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การยื่นแบบขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ ส่วนสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

ส่วนสวัสดิการสังคม /งานพัฒนาชุมชน

โทร. 036-387598

โทรสาร. 036-387598

www.nongnak.go.th

Face Book : องค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาก อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 มาตรา 67(6)และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16(10)กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
2. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร
3. เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

1. ส่วนสวัสดิการสังคม

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 2 วันทำการ

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
3. สำเนาสมุดบัญชี ธกส. จำนวน 1 ชุด
4. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้ยื่นแทนได้

หลักฐานสำหรับผู้ยื่นที่มายื่นแทน

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน 1 ชุด |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ชุด |
| 3. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน 1 ชุด |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลหนองนา

โทร. 03 6-387598

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

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

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองนา

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

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

อำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี รหัสไปรษณีย์ 71000ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพ

ผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () 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 รวมคน 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.....

ข้าพเจ้ายินยอมในการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวเพื่อใช้ประกอบการเบิกเงินสงเคราะห์ดังกล่าว โดยมีได้ถูกบังคับ แต่
อย่างไรก็ตาม ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองนาก

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการ
สงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

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

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองนาก

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลข
ประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเอง
ทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ผังแสดงขั้นตอนการยื่นแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์
เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์รายใหม่
(ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

1.ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ



2.เจ้าหน้าที่รับและ
ตรวจสอบความถูกต้อง



3.เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงาน
พัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัดสระบุรี

รวมระยะเวลาระหว่างที่มารับบริการ เป็นระยะเวลา 2 วัน

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ ส่วนสวัสดิการสังคม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

ส่วนสวัสดิการสังคม /งานพัฒนาชุมชน

โทร. 036-387598

โทรสาร. 036-387598

www.nongnak.go.th

Face Book : องค์การบริหารส่วนตำบลหนองนาก อำเภอหนองแค สระบุรี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 มาตรา 67(6)และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16(10)กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

1. ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
2. เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร
3. เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระบุรี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

1. ส่วนสวัสดิการสังคม

ระยะเวลา

ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 วัน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านใบมรณะบัตร อย่างละ 1 ฉบับ โดยให้ผู้ขอรับค่าจัดการศพ
รับรองสำเนาทุกฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ยื่นขอรับค่าจัดการศพ อย่างละ 1 ฉบับ
3. หนังสือรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ จำนวน 1 ฉบับ (ผู้รับรอง ได้แก่ กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน)

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลหนองนา

โทร. 036-387598

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบ สทส.01

หนังสือรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี

เขียนที่

วันที่เดือนพ.ศ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัด

บัตรประจำตัวเลขที่ออกให้โดย

วันออกบัตรวันหมดอายุขอรับรองว่า

1. ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม คือ (นาย/นาง/นางสาว) อายุปี

อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ถนน.....ตำบลหนองนา.....อำเภอ.....เมืองสระบุรี จังหวัด

สระบุรี.....ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ

เมื่อวันที่เดือนพ.ศ ตามใบมรณบัตรเลขที่เมื่อวันที่เดือนพ.ศ.

ออกให้โดยจังหวัด

2. ผู้ยื่นคำขอ คือ(นาย/นาง/นางสาว) อายุปี

อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ถนน.....ตำบลหนองนา.....

...อำเภอ.....เมืองสระบุรี.....จังหวัด.....สระบุรี.....โทรศัพท์

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในฐานะเป็นและเป็นผู้รับผิดชอบ

ในการจัดการศพตามประเพณีจริง

จึงให้ไว้เป็นหลักฐานในการขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีของกระทรวง การพัฒนา
สังคมและความมั่นคงของมนุษย์

(ลงชื่อ)

.....ผู้รับรอง

(.....)

ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่.....

หมายเหตุ ผู้รับรอง ได้แก่ กำนัน หรือ ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ประธานชุมชน ตามที่ราชการประกาศกำหนด
หรือ พนักงานฝ่ายปกครอง

ผังแสดงขั้นตอนงานที่ให้บริการ
การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ
ตามประเพณี (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

1.ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ



2.เจ้าหน้าที่รับและ
ตรวจสอบความถูกต้อง



3.เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงาน
พัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัดสระบุรี

รวมระยะเวลาระหว่างที่มารับบริการ เป็นระยะเวลา 30 วัน