



**คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
การยืนยันสิทธิเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร**

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลปากนคร
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

ขั้นตอนการลงทะเบียน

1. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

เอกสารยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- | | |
|---|--------------|
| 1. แบบลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. ใบรับรองแพทย์ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน (ตัวจริง) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 5. สมุดบัญชีธนาคาร (สำหรับรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 6. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ) พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้ | |
| - บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |
| - ทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |
| - สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร

ที่อยู่ สำนักงานเทศบาลตำบลปากนคร หมู่ที่ 1 ตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช
จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000 โทร 07535-7909

ระยะเวลาการให้บริการ

วันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น. (ยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์)

ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการให้บริการแก่ประชาชน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาท)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1	การกรอกข้อมูลเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ กรอกข้อมูลเพื่อลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตามแบบฟอร์มที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนด	20	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
2	การตรวจสอบเอกสารและรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้มารับบริการ - ผู้ที่ประสงค์จะลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือ ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ	10	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
3	การตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ - นัดหมายตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ - คณะกรรมการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ ลงพื้นที่พิจารณา ตรวจสอบ สภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์ขอรับการ สงเคราะห์ฯ	2 วัน	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
4	การพิจารณาอนุมัติ - คณะกรรมการฯ รายงานผลการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และ คุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ฯ - จัดทำทะเบียนประวัติ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็น เพื่อเสนอผู้บริหาร (นายกเทศมนตรี) พิจารณา - เสนอผู้บริหาร (นายกเทศมนตรี) เพื่อพิจารณาอนุมัติ	5 วัน	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
5	- บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศเบี้ยยังชีพ - บันทึกเบิกจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำเดือนก่อนวันที่ 10 ของเดือน กำหนดจ่ายวันที่ 10 ของเดือน	2 วัน	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครอง
ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ : การรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้พิการ



1

กรอกข้อมูล/ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ
พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ
(ระยะเวลาดำเนินการ ๒๐ นาที/ราย)



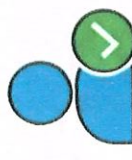
2

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล
เพิ่มเติมของผู้พิการ
(ระยะเวลาดำเนินการ ๑๐ นาที/ราย)



3

คณะกรรมการฯ ตรวจสอบความเป็นอยู่และคุณสมบัติฯ
(ระยะเวลาดำเนินการ ๒ วัน/ราย)



4

เสนอผู้บังคับบัญชา (นายกเทศมนตรี) เพื่อพิจารณาอนุมัติ
(ระยะเวลาดำเนินการ ๓ วัน/ราย)



5

จัดทำประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ
ประจำเดือน (ทุกวันสิ้นเดือน)
(ระยะเวลาดำเนินการ ๒ วัน/ราย)

เอกสารสำหรับการลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้พิการ



๑. บัตรประจำตัวผู้พิการ (ฉบับจริง) จำนวน ๑ ฉบับ



๒. ทะเบียนบ้านผู้พิการ (ฉบับจริง) จำนวน ๑ ฉบับ



๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ฉบับจริง) จำนวน ๑ ฉบับ



๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ) พร้อมแบบเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

- ทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์
ของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ



หมายเหตุ : ผู้พิการที่มาลงทะเบียน เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ
เมื่อประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเบี้ยความพิการเรียบร้อยแล้ว
จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป



งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลปากนคร
โทร. 075357909

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายเทศมนตรีตำบลปากนคร

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ 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.....ปี () พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้

จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

.....

4. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายเทศมนตรีตำบลปากนคร

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

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายเทศมนตรีตำบลปากนคร

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....

เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่.....ตำบล ร่มจิต อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์.....เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใด

กิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมจิต

3. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.ร่วมจิต โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมา ดังนี้

3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชน ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง จำนวน 1 ฉบับ

3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง

3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง

3.4 สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร จำนวน 1 ฉบับ

4. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

5. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้าย ภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนแห่งใหม่) หากผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่แห่งใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ อบต.ร่วมจิต ทราบภายใน 3 วัน

หมายเหตุ

หลักฐานประกอบหนังสือมอบอำนาจ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้มอบอำนาจ) จำนวน 1 ฉบับ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้รับมอบอำนาจ) จำนวน 1 ฉบับ



คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
การลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยความพิการ

งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 ผู้มีสิทธิจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลปากนครตามทะเบียนบ้าน
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย ว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนการลงทะเบียน

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ จะต้องแสดงความ
ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารนามคนพิการ
หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ ซึ่งมีผู้แทน
โดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้ยื่นคำขอ
แทน โดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

1. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการรายใหม่ ให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม
ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอลงทะเบียนตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมเอกสารหลักฐานต่อ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือ
ว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
3. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังคงประสงค์จะรับเบี้ยความพิการต่อไปแจ้ง
ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

เอกสารประกอบการลงทะเบียนเบี้ยความพิการ

- | | |
|---|--------------|
| 1. แบบลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. บัตรประจำตัวผู้พิการ (ตัวจริง) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน (ตัวจริง) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สมุดบัญชีธนาคาร (สำหรับรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 5. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ) พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้ | |
| - บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |
| - ทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |
| - สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |

สิทธิในการได้รับเบี้ยความพิการ

ผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการ จะมีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการ เมื่อได้บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ เบี้ยยังชีพก่อนวันปิดระบบของแต่ละเดือนและประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเบี้ยความพิการเรียบร้อยแล้ว โดยจะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไป

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร

ที่อยู่ สำนักงานเทศบาลตำบลปากนคร หมู่ที่ 1 ตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000 โทร 07535-7909

ระยะเวลาการให้บริการ

วันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น. (ยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์)

ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการให้บริการแก่ประชาชน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1	การกรอกข้อมูลเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการอายุกรอกข้อมูลเพื่อลงทะเบียน การรับเบี้ยความพิการ ตามแบบฟอร์มที่กรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่นกำหนด	20	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
2	การตรวจสอบเอกสารและออกเอกสารการลงทะเบียนรับเบี้ยความ พิการให้แก่ผู้มารับบริการ - ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการหรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ พร้อมเอกสารหลักฐาน - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ และ เอกสารประกอบ - เจ้าหน้าที่ออกเอกสารยืนยันการรับลงทะเบียน ให้แก่ผู้มารับบริการ	10	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

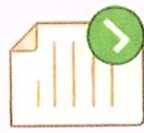
ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงานรับเบี้ยความพิการ

1



กรอกข้อมูล/ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ
พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ
(ระยะเวลาดำเนินการ 20 นาที/ราย)

2



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล
เพิ่มเติมของผู้พิการ
(ระยะเวลาดำเนินการ 10 นาที/ราย)

3



รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการฯ ตรวจสอบคุณสมบัติ
ผู้มีสิทธิฯ
(ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน/ราย)

4



เสนอผู้บังคับบัญชา (นายกเทศมนตรี)
เพื่อพิจารณาอนุมัติ
(ระยะเวลาดำเนินการ 2 วัน/ราย)

5



จัดทำประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ
ประจำเดือน (ทุกวันสิ้นเดือน)
(ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน/ราย)



เอกสารสำหรับการลงทะเบียนผู้พิการ

1 บัตรประจำตัวผู้พิการ (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ

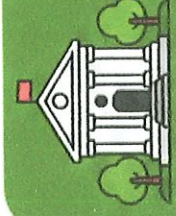
2 ทะเบียนบ้านผู้พิการ (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ

3 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ฉบับจริง) จำนวน 1 ฉบับ

4 หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ) พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ
- ทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์
ของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ



หมายเหตุ : ผู้พิการที่มาลงทะเบียน เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ
เมื่อประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเบี้ยความพิการเรียบร้อยแล้ว
จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป



งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลปากนคร
โทร. 075357909

* ระยะเวลาดำเนินการอาจเปลี่ยนแปลงได้ ตามความเหมาะสมของพื้นที่และระเบียบที่เกี่ยวข้อง

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเ - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่

..... โทรศัพท์

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลปากนคร.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

ชื่อ นามสกุล.....

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

เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ ซอย ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน

ตำบล อำเภอ เมือง..... จังหวัด นครศรีธรรมราช.....

รหัสไปรษณีย์ ๘๐๐๐๐.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการเห็น ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางออทิสติก

☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์.....

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

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ..... ☐ อื่นๆ (ระบุ)

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

☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

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

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่ดีคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลปากนคร คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน ประธานกรรมการ (ลงชื่อ) (นางมณฑา ศรีผดุง) นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ กรรมการ (ลงชื่อ) () กรรมการ (ลงชื่อ) ()
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) () นายกเทศมนตรีตำบลปากนคร วัน/เดือน/ปี	

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับเบี้ยความพิการ จากกรมบัญชีกลางฯ ตั้งแต่เดือน.....ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น ในระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

แบบฟอร์มใบยินยอมเข้าบัญชีธนาคาร

เขียนที่ เทศบาลตำบลปากนคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

รหัสนประจำตัวประชาชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....ชุมชน.....อำเภอ.....จังหวัดนครศรีธรรมราช

ยินยอมให้นำเงิน

☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ เบี้ยผู้พิการ ☐ เบี้ยผู้ป่วย

เข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....

จังหวัด.....เลขที่บัญชี.....ประเภทเงินฝาก.....

ชื่อบัญชี.....(ชื่อและนามสกุล)

สำหรับเงินค่าธรรมเนียม การโอนเงินเข้าบัญชี ข้าพเจ้ายินดีให้หักจากจำนวนเงินที่ได้รับในครั้งนี้

(ลงชื่อ).....

(นาย/นาง/นางสาว.....)

...../...../.....



**คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
การยืนยันสิทธิเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร**

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566 คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ มีดังนี้คือ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลปากนคร
3. อายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อเทศบาลตำบลปากนคร
4. เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
ตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

ขั้นตอนการยืนยันสิทธิ

ผู้ที่จะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ หรือมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ หรือผู้สูงอายุที่ย้ายมาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ที่ยังไม่เคยยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุกับเทศบาลตำบลปากนคร ให้มายืนยันสิทธิเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เอกสารยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- | | |
|---|--------------|
| 1. แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน (ตัวจริง) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สมุดบัญชีธนาคาร (สำหรับรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 5. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ) พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้ | |
| - บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |
| - ทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |
| - สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |

สิทธิในการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อมีคุณสมบัติครบถ้วน โดยจะได้รับเงินในเดือนถัดไปทันที (คือรับเงินในเดือนถัดจากเดือนที่มีอายุครบ 60 ปี)

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร

ที่อยู่ สำนักงานเทศบาลตำบลปากนคร หมู่ที่ 1 ตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช
จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000 โทร 07535-7909

ระยะเวลาการให้บริการ

วันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น. (ยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์)

ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการให้บริการแก่ประชาชน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1	การกรอกข้อมูลเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุกรอกข้อมูลยืนยันสิทธิการ รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตามแบบฟอร์มที่กรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่นกำหนด	20	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
2	การตรวจสอบเอกสารและออกเอกสารยืนยันการรับยืนยันสิทธิ ให้แก่ผู้มารับบริการ - ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นแบบคำขอยืนยันสิทธิฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบยืนยันสิทธิฯ และเอกสารประกอบ - เจ้าหน้าที่ออกเอกสารยืนยันสิทธิฯ ให้แก่ผู้มารับบริการ	10	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติการ : การยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



1

กรอกข้อมูลและยื่นแบบคำขอรับยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
(ระยะเวลาให้บริการ ๒๐ นาที/ราย)



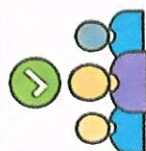
2

จนท. ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/
บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมของผู้สูงอายุที่ยืนยันตน
(ระยะเวลาให้บริการ ๑๐ นาที/ราย)



3

รวบรวมเอกสารและเสนอคณะกรรมการตรวจสอบ
คุณสมบัติผู้สูงอายุ
(ระยะเวลาดำเนินการ ๑ วัน/ราย)



4

เสนอผู้บังคับบัญชา (นายกเทศมนตรี)
เพื่อพิจารณาอนุมัติ
(ระยะเวลาดำเนินการ ๒ วัน/ราย)



5

จัดทำประกาศฯ บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ประจำเดือน (ทุกวันสิ้นเดือน)
(ระยะเวลาดำเนินการ ๑ วัน/ราย)

เอกสารประกอบการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ ดังนี้



1. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุ (ฉบับจริง)

จำนวน ๑ ฉบับ



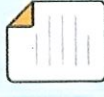
2. ทะเบียนบ้านของผู้สูงอายุ (ฉบับจริง)

จำนวน ๑ ฉบับ



3. สมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ (ฉบับจริง)
ของผู้สูงอายุ

จำนวน ๑ ฉบับ



4. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ) พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
- ทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์
ของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ



หมายเหตุ : ผู้สูงอายุที่ได้มาลงทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อประกาศบัญชี
รายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ในเดือนถัดไปจากเดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์



งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลปากนคร โทร. 075357909

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ทะเบียนเลขที่.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน

ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

ที่.....

โทรศัพท์

ข้อมูลผู้ส่งอายุ

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

ศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ส่งอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ

☐ ย้ายภมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแบบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ ทะเบียนบ้าน

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

□ บัญชีเงินฝากธนาคาร บัญชีเลขที่ ชื่อบัญชี

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ

จำแนกรายละเอียด หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับ

ฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

(.....)

ผยงคำชอ/ผรมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าทีผู้รับผิดชอบ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/ นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความสมัครใจ ☐ เป็นผู้ที่ไม่สมัครใจ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี 	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

(ตัวอย่าง)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้าจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง
การมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร

หลักเกณฑ์ วิธีการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน

“ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี”

การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี หมายถึง การช่วยเหลือเป็นเงินในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีรายละเอียดสามพันบาท

หลักเกณฑ์

การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีนั้น ผู้สูงอายุที่ตามต้องเข้าหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- (1) อายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - (2) มีสัญชาติไทย
 - (3) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่ได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองคการบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง ตามแบบที่อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุกำหนด
- การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีตามประกาศนี้ให้รวมถึงผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งจัดการศพตามประเพณี โดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์

ผู้ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีตามข้อ 6 ต้องยื่นคำขอ ภายในกำหนด
หกเดือนนับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตรพร้อมเอกสาร ดังต่อไปนี้

- (1) แบบคำขอรับเงินค่าทำศพและรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพ (ศพส.01) จำนวน 1 ฉบับ
- (2) แบบรับรอง (ศพส.02) กรณีผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรับ แต่ยังไม่ได้รับ
บัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน จำนวน 1 ฉบับ
- (3) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ จำนวน 1 ฉบับ
- (4) บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ หรือหนังสือรับรองตามข้อ 5 (3) จำนวน 1 ฉบับ
- (5) บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้ยื่นคำขอ จำนวน 1 ฉบับ
- (6) ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน (ตัวจริง) จำนวน 1 ฉบับ
- (7) สมุดบัญชีธนาคาร (สำหรับรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) ของผู้ยื่นคำขอ จำนวน 1 ฉบับ
- (8) บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้เสียชีวิต จำนวน 1 ฉบับ
- (9) ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน (ตัวจริง) ของผู้เสียชีวิต จำนวน 1 ฉบับ
- (10) สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้ใหญ่บ้านหรือผู้รับรอง จำนวน 1 ฉบับ
- (11) หนังสือรับรองเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี ซึ่งออกโดยบุคคล ตามข้อ 5 (3) หรือ
หัวหน้าหน่วยงานตามข้อ 5 วรรคสอง สำหรับกรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ทั้งนี้ ผู้ยื่นคำขอและ
ผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน แบบหนังสือรับรองให้เป็นไปตามที่อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ
กำหนด

การอนุมัติจ่ายเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

- (1) กรุงเทพมหานคร ให้ผู้อำนวยการเขตเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติ
- (2) จังหวัดอื่น ให้พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร

ที่อยู่ สำนักงานเทศบาลตำบลปากนคร หมู่ที่ 1 ตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช
จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000 โทร 07535-7909

ระยะเวลาการให้บริการ

วันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น. (ยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์)

ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการให้บริการแก่ประชาชน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1	การกรอกข้อมูลเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความ มั่นคงของมนุษย์กำหนดและยื่นแบบฟอร์มที่ได้กรอกข้อมูลและให้ ผู้รับรองรับรองคุณสมบัติแล้วให้เจ้าหน้าที่	20	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
2	การตรวจสอบเอกสาร - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการกรอกข้อมูล ในแบบฟอร์มและเอกสารประกอบ	10	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
3	เจ้าหน้าที่จัดทำหนังสือเพื่อให้นายกเทศมนตรีลงนามส่งเอกสาร เพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพตามประเพณีไปยังสำนักงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด อนุมัติเบิกจ่ายเงิน ต่อไป	1 วัน	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการ
ศพตามประเพณี ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563

ขั้นตอนการยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี เทศบาลตำบลปากนคร

1 ยื่นเรื่อง

ผู้รับผิดชอบจัดการศพเย็นค่าขอ

ภายใน 6 เดือน

นับตั้งแต่วันที่ออกมรณบัตร

หน่วยงานรับเรื่อง :

พมจ. เทศบาล อบต. อำเภอ

เอกสารประกอบ

1. สำเนาใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
2. สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอฯ
4. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอฯ
5. แบบคำขอรับเงินค่าทำศพ และรับรองผู้รับผิดชอบ

ในการจัดการศพ (ศพส.01)

6. แบบรับรอง (ศพส.02) กรณีผู้สูงอายุ
มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

7. ยังไม่ได้ลงทะเบียน

2 ตรวจสอบ



หน่วยงานรับเรื่องตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ

ตามเกณฑ์ประกาศกระทรวง พ.ม. ปี 2564



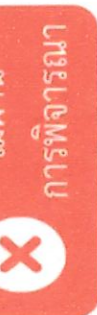
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ/เอกสาร

ไม่ผ่าน



การพิจารณา

ชี้แจง
ต่อผู้ยื่นฯ

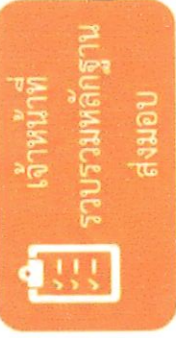


ผ่าน



การพิจารณา

เจ้าหน้าที่
รวบรวมหลักฐาน
ส่งมอบ

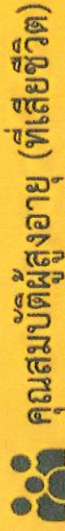


3 ช่วยเหลือ



ช่วยเหลือเป็นเงินในการจัดการศพผู้สูงอายุรายละ 3,000 บาท

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน



คุณสมบัติผู้สูงอายุ (ที่เสียชีวิต)

1. อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
2. สัญชาติไทย
3. มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
4. กรณีไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ข้อ 3)

ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- รายได้ทั้งหมด ไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคนต่อปี
- สิ้นทรัพย์ทางการเงินทั้งหมดรวมกัน ไม่เกิน 100,000 บาท

เช่น รายได้ รายจ่ายคงเหลือ เงินฝากธนาคาร สลากออมสิน
สลาก ธ.ก.ส. เป็นต้น

- ไม่เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ในบ้านและที่ดิน เกิน 1 ไร่

***หากเคยทำบัตรสวัสดิการแห่งรัฐแล้วไม่ผ่าน
ไม่สามารถยื่นคำขอได้**



คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
พ.ศ. 2565 ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ลงทะเบียน ดังนี้

1. เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ซึ่งเด็กแรกเกิดอาศัยอยู่ด้วย
2. อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ (สมาชิกครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ย ไม่เกิน 100,000 บาท/คน/ปี)
3. ผู้ปกครองรับเงินผ่านบัญชีที่ผูกบริการพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน

คุณสมบัติของเด็กแรกเกิด ดังนี้

1. มีอายุไม่เกิน 6 ปี
2. มีสัญชาติไทย
3. อาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำและไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของหน่วยงานรัฐหรือเอกชน ตามที่อธิบดีกรมกิจการเด็กและเยาวชนตามประกาศกำหนด

วิธีการลงทะเบียน

1. ลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชัน “เงินเด็ก”
2. ลงทะเบียน ณ หน่วยรับลงทะเบียน (เทศบาลตำบลปากนคร)

ขั้นตอนการลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

😊 การลงทะเบียนผ่านโทรศัพท์มือถือ Smart Phone 😊

1. ดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน  และแอปพลิเคชัน เงินเด็ก 

โดยสามารถดาวน์โหลดได้ ระบบ Android และระบบ iOS

2. ยืนยันตัวตนครั้งแรกผ่านแอปพลิเคชัน  ได้ด้วยตนเอง

3. ผูกพร้อมเพย์ กับบัญชีธนาคาร ด้วยหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

4. หาผู้รับรองสถานะครัวเรือน จำนวน 2 คน ซึ่งมีตำแหน่งอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งปฏิบัติงานท้องที่ หมู่ที่ 1 ตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช หมู่ที่ 6 ตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช หมู่ที่ 4 ตำบลท่าไร่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น/พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานราชการ โดยให้ถ่ายเอกสารสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และลงวันที่รับรอง โดยในสำเนาเอกสารดังกล่าวให้ผู้รับรองเขียนข้อความดังต่อไปนี้ลงไปด้วย

ข้าพเจ้า.....(ชื่อ-สกุลผู้รับรอง).....ขอรับรองว่าเด็กแรกเกิดชื่อ.....(ชื่อ-สกุลเด็ก).....อาศัยอยู่กับ....(ชื่อ-สกุลผู้ลงทะเบียน).....ซึ่งเป็นผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ขึ้นต้น

กรณีครัวเรือนที่มีรายได้น้อย ที่สมาชิกในครัวเรือนมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ยกเว้นเด็กแรกเกิด ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

5. ถ่ายรูป หรือ สแกนเอกสารหลักฐาน บันทึกลงในโทรศัพท์ ดังนี้

- หลักฐานในการรับรองสถานะของครัวเรือน ตามข้อ 4
- ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยทุกคน

กรณีเป็นเจ้าของพื้นที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท

6. ลงทะเบียนในแอปพลิเคชัน เงินเด็ก



7. สามารถติดตามสถานะต่าง ๆ ได้ทางแอปพลิเคชัน เงินเด็ก ได้ตลอดเวลาที่ระบบเปิด

😊 การลงทะเบียน ณ หน่วยรับลงทะเบียน 😊

1. รับเอกสารแบบ ดร. 01 และ แบบ ดร. 02 ที่เทศบาลตำบลปากนคร
2. ผูกพร้อมเพย์กับบัญชีธนาคารด้วยหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
3. เอกสารประกอบการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ดังนี้
 - สูติบัตรเด็กแรกเกิด
 - บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
 - ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยทุกคนที่ประกอบอาชีพเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท (ถ้ามี)
4. กรอกข้อมูลตามแบบ ดร. 01 และ แบบ ดร. 02

5. หาผู้รับรองสถานะของครัวเรือน พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และคนที่ 2 กรณีครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่สมาชิกในครัวเรือนมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ยกเว้น เด็กแรกเกิด ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน (ดร. 02) โดยให้นำบัตรสวัสดิการแห่งรัฐมาแสดงขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียน
6. ยื่นเอกสารทั้งหมด ที่ งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร

เอกสารประกอบการลงทะเบียน

☺ การลงทะเบียนผ่าน แอปพลิเคชัน เงินเด็ก



- หลักฐานในการรับรองสถานะของครัวเรือน พร้อมภาพถ่ายบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ
- ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยทุกคน กรณีเป็นเจ้าของหน้าทีของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท

☺ การลงทะเบียน ณ หน่วยรับลงทะเบียน ☺

- | | |
|--|--------------|
| 1. แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร. 01) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร. 02) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. สูติบัตรเด็กแรกเกิด | |
| 4. บัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) ของผู้ปกครอง | จำนวน 1 ฉบับ |
| 5. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน (ตัวจริง) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 6. สมุดบัญชีธนาคาร (สำหรับรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 7. ใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยทุกคน กรณีเป็นเจ้าของหน้าทีของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท (ถ้ามี) | |
| 8. สำเนาเอกสาร หรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรหรือเอกสารอื่นใดที่แสดงสถานะหรือตำแหน่งของผู้รับรองคนที่ 1 และ ผู้รับรองคนที่ 2 | |

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการให้บริการ

1. สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร

ที่อยู่ สำนักงานเทศบาลตำบลปากนคร หมู่ที่ 1 ตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000 โทร 07535-7909

ระยะเวลาการให้บริการ

วันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น. (ยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์)

ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการให้บริการแก่ประชาชน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา (นาที)	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 การลงทะเบียนผ่าน แอปพลิเคชัน เงินเด็ก 			
1	1. ดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน  และแอปพลิเคชันเงินเด็ก  ได้ด้วยตนเอง 2. ยืนยันตัวตนครั้งแรกผ่านแอปพลิเคชัน  ได้ด้วยตนเอง 3. ผูกพร้อมเพย์ กับบัญชีธนาคาร ด้วยหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 4. ถ่ายภาพหลักฐานในการรับรองสถานะของครัวเรือนพร้อมภาพถ่ายบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ ลงในโทรศัพท์มือถือ 5. ถ่ายภาพใบรับรองเงินเดือน หรือหนังสือรับรองรายได้ของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้ไม่น้อยทุกคน กรณีเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท ลงในโทรศัพท์มือถือ (ถ้ามี) 6. ลงทะเบียนตามขั้นตอน ผ่านแอปพลิเคชัน เงินเด็ก	20	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
 การลงทะเบียน ณ หน่วยรับลงทะเบียน 			
1	การกรอกข้อมูลเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด กรอกข้อมูลเพื่อลงทะเบียนการรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดู เด็กแรกเกิด ตามแบบฟอร์มที่กรมกิจการเด็กและเยาวชนกำหนด	20 นาที	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
2	การตรวจสอบเอกสารและออกเอกสารการรับลงทะเบียนฯ ให้แก่ผู้มารับบริการ	10 นาที	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา

	- ผู้ที่ประสงค์จะลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ยื่นแบบคำขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเพื่อ การเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด และเอกสารหลักฐานประกอบ - เจ้าหน้าที่ออกเอกสารยืนยันการรับลงทะเบียนฯ ให้แก่ผู้มารับบริการ		เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
3	- บันทึกข้อมูลในระบบเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	10 นาที	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
4	- จัดส่งเอกสารหลักฐานไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช	2 วัน	งานพัฒนาชุมชน กองการศึกษา เทศบาลตำบลปากนคร อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. 2565

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ : การลงทะเบียนรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด



การลงทะเบียนรับเงินอุดหนุน
เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด



ลงทะเบียน ผ่านแอปพลิเคชัน
เงินเด็ก



1. การกรอกข้อมูล
(ระยะเวลาดำเนินการ 20 นาที/ราย)



**2. อปท. ตรวจสอบรายละเอียด
ข้อมูลเบื้องต้น
และส่งต่อข้อมูลให้ สนง.พมจ.นศ.**



**3. สนง.พมจ.นศ. ดำเนินการ
ตามขั้นตอนการรับลงทะเบียนฯ**



**4. กรมกิจการเด็กและเยาวชน
พิจารณาผล และดำเนินการจ่ายเงิน**



ลงทะเบียน ณ จุดบริการ
(ท้องถิ่นเทศบาลตำบลปากนคร)



1. การกรอกข้อมูลเอกสาร
(ระยะเวลาดำเนินการ 20 นาที/ราย)



**2. การตรวจสอบเอกสารและ
ออกเอกสารการรับลงทะเบียนฯ
ให้แก่ผู้มารับบริการ**
(ระยะเวลาดำเนินการ 20 นาที/ราย)



**3. ส่งเอกสารหลักฐานการลงทะเบียนฯ
ไป สนง.พมจ.นศ. พิจารณา**



**4. กรมกิจการเด็กและเยาวชน
พิจารณาผล และดำเนินการจ่ายเงิน**



หมายเหตุ : ระยะเวลาดำเนินการในแต่ละขั้นตอน อาจเปลี่ยนแปลงได้
ตามความเหมาะสมของภาระงานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง