



# คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์

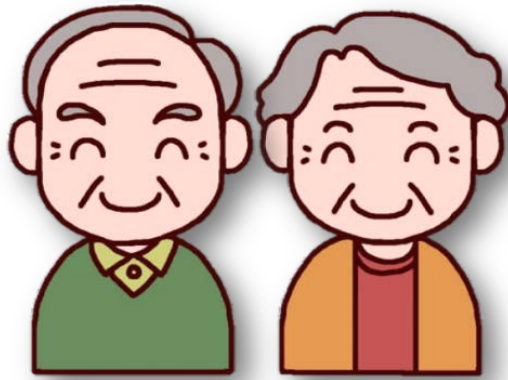
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง อำเภอฟักไถ่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง หมายเลขโทรศัพท์ 035-750960

[www.thadindang.go.th](http://www.thadindang.go.th)



คู่มือการยื่นยื่นสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘



องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง หมายเลขโทรศัพท์ 035-750960

[www.thadindang.go.th](http://www.thadindang.go.th)



## การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2568

.....

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566 ข้อ 7 บุคคลใดที่มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ให้ยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดย ไม่ต้องลงทะเบียน และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำนวยความสะดวกโดยการแจ้งไปยังผู้สูงอายุที่มีสิทธิหากผู้สูงอายุมีความประสงค์ที่จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้แนบเอกสารหลักฐานข้อมูลเพื่อยืนยันสิทธิตนเองไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

(1) แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

(2) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีผู้ที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถแจ้งความประสงค์การรับเงินเบี้ยยังชีพด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลอื่นเป็นผู้ไปแจ้งความประสงค์การรับเงินเบี้ยยังชีพแทนผู้สูงอายุก็ได้

ข้อ 8 ในกรณีที่ผู้สูงอายุซึ่งได้รับเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง หรือ กรุงเทพมหานคร ได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือกรุงเทพมหานครแล้วแต่กรณีให้ผู้สูงอายุนั้นยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่หรือ กรุงเทพมหานคร ที่ตนมีภูมิลำเนา

ในกรณีที่ผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิม หรือกรุงเทพมหานครซึ่งได้จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แจ้งไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นภูมิลำเนาแห่งใหม่ของผู้สูงอายุ เพื่อให้แจ้งผู้สูงอายุยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่หรือ กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

ให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมหรือกรุงเทพมหานครแล้วแต่กรณี ไปจนถึงสิ้นปีงบประมาณที่แจ้งย้ายภูมิลำเนา เว้นแต่ผู้สูงอายุนั้นได้ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ หรือกรุงเทพมหานคร

ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้ดำเนินการยืนยันสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้ว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ หรือกรุงเทพมหานคร จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไป โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่หรือกรุงเทพมหานคร ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมหรือกรุงเทพมหานครก่อนแล้วแต่กรณี

ในกรณีที่ผู้สูงอายุมิได้มาดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ภายในปีงบประมาณที่แจ้งย้ายภูมิลำเนาหากได้ดำเนินการยืนยันสิทธิตามวรรคหนึ่ง ให้ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอีกครั้งในเดือนถัดไปให้สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง ดำเนินการจัดทำระบบให้สามารถตรวจสอบการย้ายภูมิลำเนาของผู้สูงอายุระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ โดยให้รายงานผลการตรวจสอบให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและกรมบัญชีกลางทราบ เป็นประจำทุกเดือน

เพื่อให้การดำเนินงานการรับยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2568 เป็นไปด้วยเรียบร้อย องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง จึงประกาศรับยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง ประจำปีงบประมาณ 2568 สำหรับผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ครบ 60 ปีบริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ซึ่งเกิดก่อนวันที่ 2 กันยายน 2508 และผู้สูงอายุที่ย้ายมาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือกรุงเทพมหานคร ที่ยังไม่ได้ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

โดยสามารถยืนยันสิทธิได้ตั้งแต่บัดนี้ ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น. (ในวันและเวลาราชการ) ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง โดยให้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ต่อไปนี้ และมีความประสงค์จะยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไปติดต่อยืนยันสิทธิตามวันเวลา และสถานที่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง ประกาศกำหนด โดย ผู้สูงอายุที่จะยืนยันสิทธิจะต้องมีคุณสมบัติและดำเนินการ ดังต่อไปนี้

### 1. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง
- (3) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (4) เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

ทั้งนี้ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติอยู่ระหว่างการพิจารณากำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตามข้อ 6 (4) ดังนั้น ในระหว่างที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติยังมิได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพดังกล่าว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้คุณสมบัติผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติมไปพลางก่อน

### 2. ขั้นตอนการยืนยันสิทธิ และวิธีการพิจารณาคุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุรายใหม่ที่ยังไม่เคยยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ซึ่งเกิดก่อนวันที่ 2 กันยายน 2508 และผู้สูงอายุที่ย้ายมาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือกรุงเทพมหานคร ที่ยังไม่ได้ยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น

### 3. สถานที่ยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

สามารถยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเอง ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง ได้ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น. (ในวันและเวลาราชการ)

#### 4. เอกสารหลักฐาน

- (1) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- (2) ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
- (3) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

#### 5. ค่าธรรมเนียม

“ไม่มีค่าธรรมเนียม”

#### 6. ระเบียบ / ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566

สำหรับผู้สูงอายุซึ่งต้องขังหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทัณฑสถาน หรือสถานที่คุมขังของกรมราชทัณฑ์ ให้มอบอำนาจให้ผู้บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผู้บัญชาการเรือนจำมอบหมาย ยืนยันสิทธิต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภูมิลำเนาของผู้มีสิทธิ

หากผู้สูงอายุไม่สามารถแจ้งความประสงค์การรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคคลอื่นเป็นผู้ไปแจ้งความประสงค์การรับเงินเบี้ยยังชีพแทนผู้สูงอายุก็ได้ (หนังสือมอบอำนาจตามแบบที่องค์การบริหารส่วนตำบลทำดินแดงกำหนด)

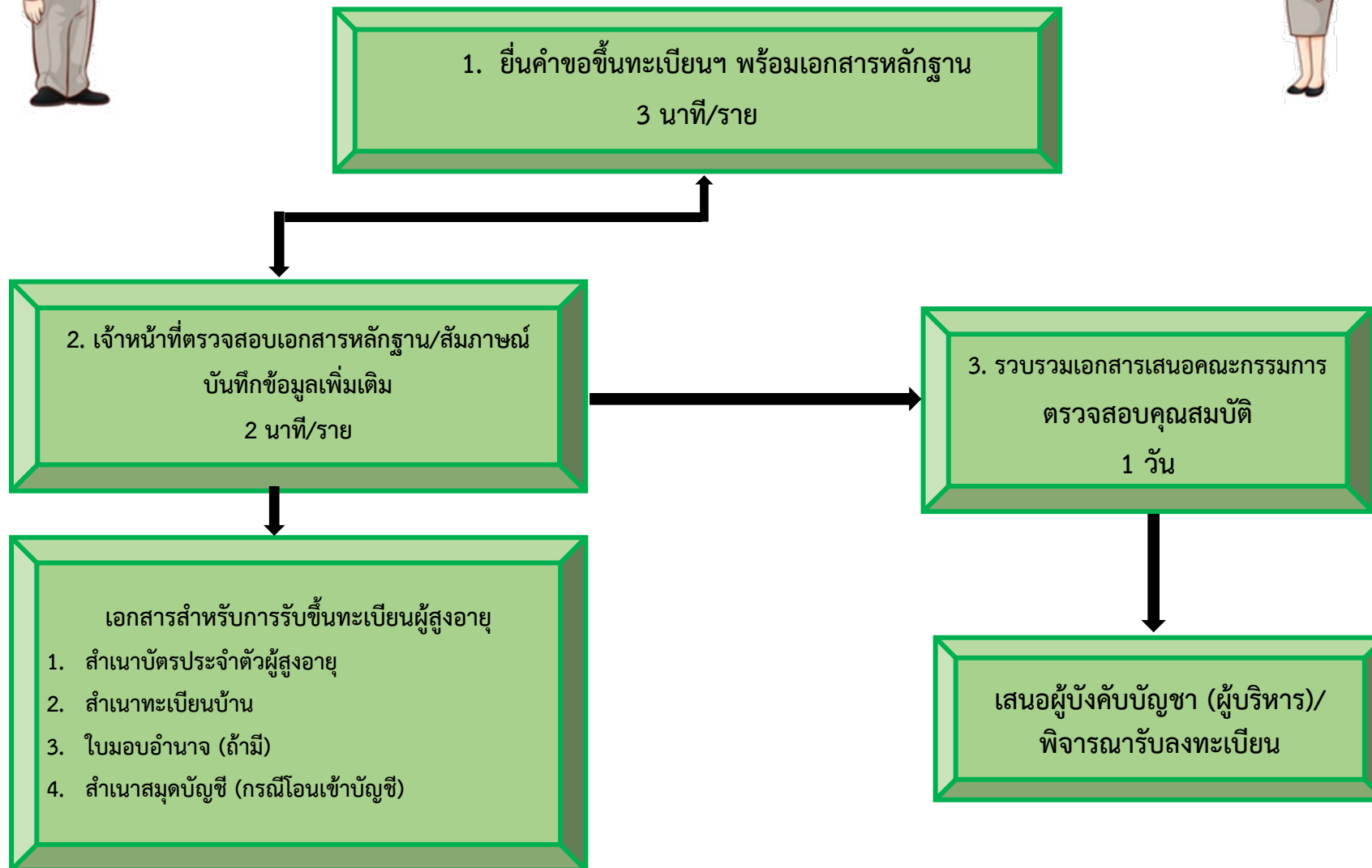
งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง หมายเลขโทรศัพท์ 035-750960

[www.thadindang.go.th](http://www.thadindang.go.th)





แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ)



# ภาคผนวก

หนังสือมอบอำนาจ  
เพื่อยื่นเอกสารในการยืนยันสิทธิ์เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เขียนที่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่.....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/  
อำเภอ.....จังหวัด.....

ซึ่งเกี่ยวข้องกับ.....กับข้าพเจ้า

เป็นผู้มีอำนาจในการส่งเอกสารขอยืนยันสิทธิ์รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบ  
กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)  
มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง
- รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว”  
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ  
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)



## หนังสือมอบอำนาจ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
 เลขที่.....ออกให้ ณ .....ออกให้เมื่อวันที่.....  
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
 เลขที่.....ออกให้ ณ .....ออกให้เมื่อวันที่.....  
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือ  
 เสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้  
 กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
 (.....)

## คู่มือการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ



องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง หมายเลขโทรศัพท์ 035-750960

[www.thadindang.go.th](http://www.thadindang.go.th)



## คู่มือการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ



### ➤ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

1. สัญชาติไทย
2. มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
3. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
5. ในกรณีผู้พิการเป็นผู้ซึ่งต้องขังหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทัณฑสถานหรือสถานคุมขังของ กรมราชทัณฑ์ หรือเป็นผู้ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือ ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ให้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อผู้บังคับบัญชา หรือผู้อำนวยการตามสถานที่ที่อยู่

### ➤ จุดทะเบียนความพิการได้ที่

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### ➤ หลักฐานการจดทะเบียนคนพิการ/ต่ออายุบัตรคนพิการ

- ในกรณีที่คนพิการไปด้วยตนเองให้เตรียมเอกสาร ดังนี้

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. เอกสารรับรองความพิการจากโรงพยาบาลของรัฐออกโดยแพทย์                    | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน                           | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ดูแลผู้พิการ)         | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 1 นิ้ว ที่เป็นปัจจุบัน หรือถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน | จำนวน 2 ใบ   |

ในกรณีเป็นเด็กใช้สูติบัตร พร้อมทั้งถ่ายสำเนา จำนวน 1 ชุด (กรณียื่นแทนให้นำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นแทนมาด้วย)

### ➤ ในกรณีที่มอบอำนาจให้ดำเนินการแทนคนพิการให้เตรียมเอกสารเพิ่มเติมดังนี้

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน                       | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. หนังสือมอบอำนาจ   | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 1 นิ้ว ที่เป็นปัจจุบัน หรือถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน | จำนวน 2 ใบ   |

### ➤ หลังจากจดทะเบียนความพิการแล้วต้องทำอะไรต่อ ?

การจดทะเบียนรับเบี้ยความพิการ ให้คนพิการที่มีคุณสมบัติครบถ้วนแล้ว และมีความประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพความพิการให้มาลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพความพิการได้ ในวันและเวลาราชการ (วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.) ณ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จะมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำปรึกษาและแนะนำ การขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

กรณีที่คนพิการได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง ได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร ให้คนพิการ ไปขึ้นทะเบียน ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ได้อาศัยภูมิลำเนาไป

### ➤ หลักฐานในการขึ้นทะเบียนดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีประสงค์รับเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร) จำนวน 1 ฉบับ

### ➤ กรณีที่มอบอำนาจขึ้นทะเบียนแทนใช้หลักฐานดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร (กรณีประสงค์รับเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร) จำนวน 1 ฉบับ

### ➤ วันเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.

### ➤ วิธีการรับเงิน

ในการยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ จะต้องแสดงความประสงค์ในการขอรับเบี้ยความพิการโดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้

1. รับเงินสดด้วยตนเอง
2. รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
3. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
4. โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

### ➤ หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง หมายเลขโทรศัพท์ 035-750960

[www.thadindang.go.th](http://www.thadindang.go.th)

### ➤ ยื่นเอกสารแล้วได้รับเงินเมื่อไร

ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไป หลังจากประกาศรายชื่อภายใน 15 วันของเดือนถัดไป และไม่มีผู้คัดค้าน โดยจะได้รับเบี้ยยังชีพในอัตราเดือนละ 800 บาท

### ➤ หมายเหตุ

เอกสารต้องลงลายมือชื่อ สำเนาถูกต้องทุกฉบับ ผู้พิการที่ไม่สามารถเขียนได้ ให้พิมพ์ลายมือแทน

### ➤ คำธรรมเนียม

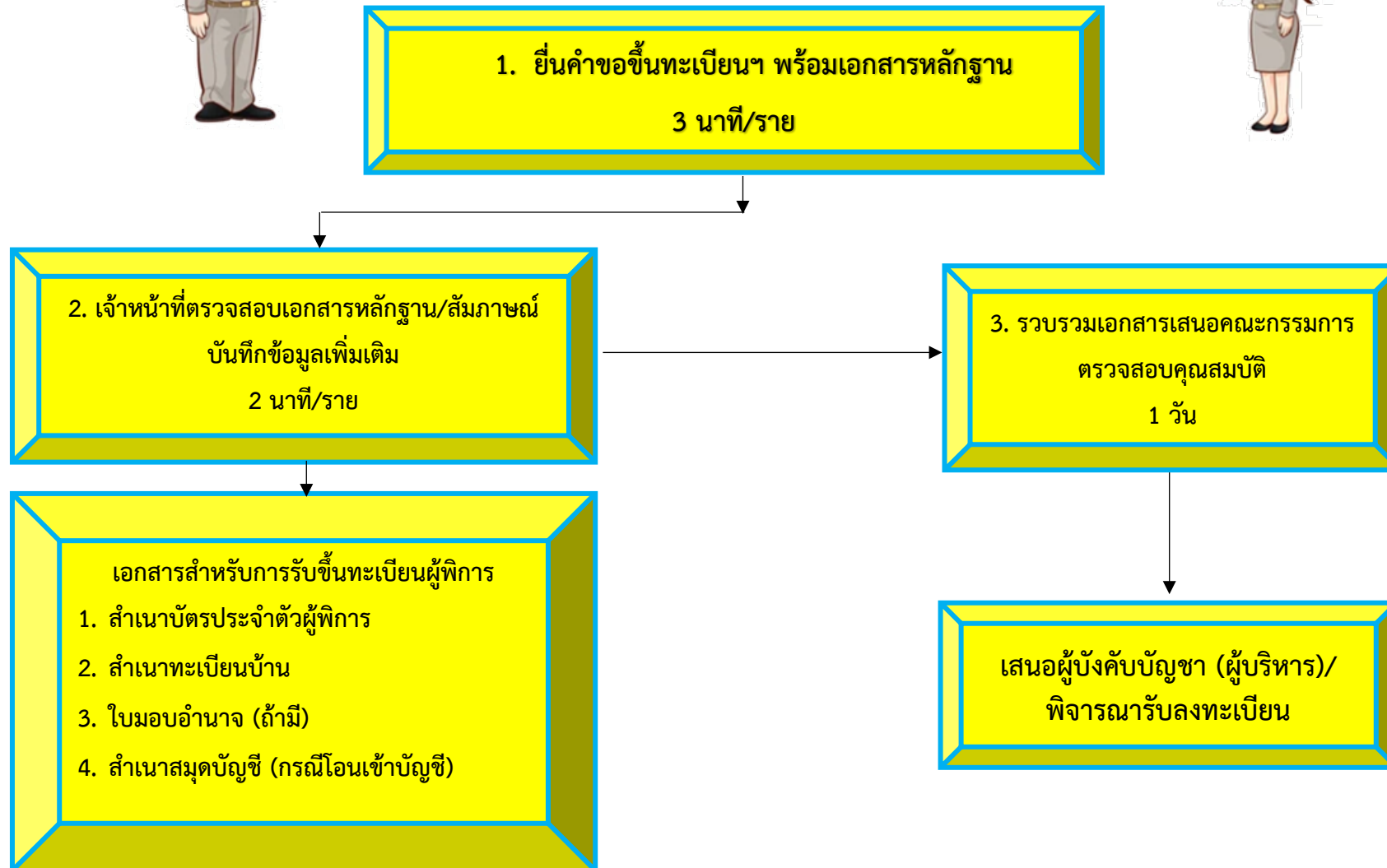
“ไม่มีค่าธรรมเนียม”

### ➤ ระเบียบ / ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒



## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



# คู่มือการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง หมายเลขโทรศัพท์ 035-750960

[www.thadindang.go.th](http://www.thadindang.go.th)



## คู่มือการยื่นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

### ➤ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ.2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

### ➤ หลักเกณฑ์

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. เป็นผู้ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดอุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาความซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน

### ➤ วิธีการ / ขั้นตอน

1. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองท้องถิ่นด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
2. ผู้ป่วยเอดส์ รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

### ➤ รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

1. ใบรับรองแพทย์ คำวินิจฉัยว่าเป็น โรคเอดส์ จำนวน 1 ฉบับ
2. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
3. ทะเบียนบ้าน (ปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
4. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีขอรับเงินโดยผ่านธนาคาร) จำนวน 1 ฉบับ
5. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน 1 ฉบับ
6. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีขอรับผ่านธนาคาร) จำนวน 1 ฉบับ

### ➤ ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.

### ➤ หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง หมายเลขโทรศัพท์ 035-750960

[www.thadindang.go.th](http://www.thadindang.go.th)

➤ **หมายเหตุ**

เอกสารต้องลงลายมือชื่อ สำเนาถูกต้องทุกฉบับ ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถเขียนได้ ให้พิมพ์ลายมือแทน

➤ **ค่าธรรมเนียม**

“ไม่มีค่าธรรมเนียม”

➤ **ระเบียบ / ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ.2548

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง หมายเลขโทรศัพท์ 035-750960

[www.thadindang.go.th](http://www.thadindang.go.th)





แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์)



1. ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน  
3 นาที/ราย

2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์  
บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม  
2 นาที/ราย

3. รวบรวมเอกสารเสนอคณะกรรมการ  
ตรวจสอบคุณสมบัติ  
1 วัน

เอกสารสำหรับการรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์

1. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วยเอดส์
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
4. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)/  
พิจารณารับลงทะเบียน

# ภาคผนวก

ทะเบียนเลขที่...../.....

## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์  
 ที่ขอขึ้นทะเบียน 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.....ตรอก/ซอย.....  
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....ทำดินแดง.....อำเภอ/เขต.....พักที่.....  
 จังหวัด.....พระนครศรีอยุธยา.....รหัสไปรษณีย์.....๑๓๑๒๐.....โทรศัพท์.....

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

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

 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้** สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ  
(ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ  
ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ แล้ว

- เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน
- เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) .....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง  
คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สมควรรับขึ้นทะเบียน
- ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....  
 (.....) (.....) (.....)  
 ประธานกรรมการฯ กรรมการฯ กรรมการฯ

คำสั่ง

- รับขึ้นทะเบียน
  - ไม่รับขึ้นทะเบียน
  - อื่นๆ.....
- .....

(ลงชื่อ).....  
 (นายณัฐธร มงคลร้อย)  
 ตำแหน่ง นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง  
 วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

## หนังสือมอบอำนาจ

ที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร .....  
 เลขที่ ..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ ..... อยู่บ้านเลขที่ .....  
 หมู่ที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน ..... แขวง / ตำบล .....  
 เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....

ขอมอบอำนาจให้ ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร .....  
 เลขที่ ..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ ..... อยู่บ้านเลขที่ .....  
 หมู่ที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน ..... แขวง / ตำบล .....  
 เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลงพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ  
 (.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
 (.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
 (.....)

## หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  
 สำเนาทะเบียนบ้าน  
 เอกสารอื่นๆ.....

## ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.ท่าดินแดง โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมา ดังนี้
  - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
  - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
  - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
  - ๓.๔ สำเนาบัญชีธนาคาร
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ อบต.ท่าดินแดง ทราบภายใน ๓ วัน