**คู่มือสำหรับงานพัฒนาชุมชน**

**องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก**

**อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

**คู่มือสำหรับงานพัฒนาชุมชน**

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก

**ขอบเขตการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| **สถานที่/ช่องทางการให้บริการ** | **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** |
| สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก  โทรศัพท์ 0-7736-7218  โทรสาร 0-7736-7218  เว็ปไซด์ [www.songprak.go.th](http://www.songprak.go.th) | วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ( 1 -30 พฤศจิกายน)  ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.  (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด) |

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ**

1.สัญชาติไทย

2.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก (ตามทะเบียนบ้าน)

3.เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ในปีถัดไป (ปัจจุบันอายุ 59 ปีบริบูรณ์และต้องเกิดก่อน 1 ตุลาคม)

4.ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับเงินบำนาญ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน

5.กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำร้องขอได้โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรกพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

**ขั้นตอนและระยะการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.ขั้นตอน** | **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** |
| 1.ผู้สูงอายุยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้สูงอายุ  2.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร คุณสมบัติ  3.เสนอคณะผู้บริหาร | สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก |
| **2.ระยะเวลา** |
| ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 1 วัน |
| **3.เอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้** |
| 1.บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา  จำนวน 1 ฉบับ  2.ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ  3.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธ.ก.ส.พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) จำนวน 1 ฉบับ |
| **4.ค่าธรรมเนียม(ไม่มี)** |
| **5.การรับเรื่องร้องเรียน**  -ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก หรือโทรศัพท์ 0-7736-7218 หรือ [www.songprak.go.th](http://www.songprak.go.th) |

**ทะเบียนเลขที่........................../.................**

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ..................................**

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..................................................................กับผู้สูงอายุที่ขอลงทะเบียน ชื่อ –สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) ...................................................................................................เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ **□-□□□□-□□□□□-□□-□**  ที่อยู่............................................................................................................

....................................................................................................................................................โทรศัพท์...............................................

**ข้อมูลผู้สูงอายุ**

เขียนที่................................................................

วันที่..............เดือน..................................พ.ศ. .......................

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ **□-□□□□-□□□□□-□□-□**

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

รายได้ต่อเดือน....................................................บาท อาชีพ............................................................................

**ข้อมูลทั่วไป** : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ □ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ ............................................................................

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

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

**“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”**

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

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ –

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ........................................................................................  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  **□-□□□□-□□□□□-□□-□** แล้ว  **□** เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  **□** เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก........................................................................................ ........................................................................................  (ลงชื่อ) ...............................................  (...............................................)  เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  เรียน นายก อบต. ..สองแพรก..........  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้  **□** สมควรรับขึ้นทะเบียน **□** ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ) ...........................................................  ( )  กรรมการ (ลงชื่อ) ...........................................................  ( )  กรรมการ (ลงชื่อ) ...........................................................  ( ) |
| **คำสั่ง**  **□** รับขึ้นทะเบียน **□** ไม่รับขึ้นทะเบียน **□** อื่น ๆ....................................................................................................................  ........................................................................................................................................................................................................................................ (ลงชื่อ) .......................................................  นายก อบต. .............................................  วัน/เดือน/ปี ..................................................... | |

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ...............โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือน.........................................ในอัตราขั้นบันใด ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาที่ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

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

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

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

**คู่มือสำหรับงานพัฒนาชุมชน**

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก

**ขอบเขตการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| **สถานที่/ช่องทางการให้บริการ** | **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** |
| สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก  โทรศัพท์ 0-7736-7218  โทรสาร 0-7736-7218  เว็ปไซด์ [www.songprak.go.th](http://www.songprak.go.th) | วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ( 1 -30 พฤศจิกายน)  ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.  (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด) |

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ**

1.สัญชาติไทย

2.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก (ตามทะเบียนบ้าน)

3.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

4.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

5.กรณีที่ผู้พิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำร้องขอแทนแต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่

**ขั้นตอนและระยะการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.ขั้นตอน** | **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** |
| 1.ผู้พิการยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้พิการ  2.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร คุณสมบัติ  3.เสนอคณะผู้บริหาร | สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก |
| **2.ระยะเวลา** |
| ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 1 วัน |
| **3.เอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้** |
| 1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้พิการ จำนวน 1 ฉบับ  2. สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตความพิการ จำนวน 1 ฉบับ  3.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธ.ก.ส.พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) จำนวน 1 ฉบับ  4.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล (กรณียื่นแทนผู้พิการ) จำนวน 1 ฉบับ |
| **4.ค่าธรรมเนียม(ไม่มี)** |
| **5.การรับเรื่องร้องเรียน**  -ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก หรือโทรศัพท์ 0-7736-7218 หรือ [www.songprak.go.th](http://www.songprak.go.th) |

**ทะเบียนเลขที่................** **/…………………**

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการองค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก**

|  |
| --- |
| **เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน :** ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น□ บิดา – มารดา □ บุตร □ สามี – ภรรยา □ พี่ – น้อง □ ผู้ดูแลคนพิการ □อื่นๆ ชื่อ – นามสกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)................................................................เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่....................................................................................................................  ………………………………………………….……………… โทรศัพท์………………......................……................................... |

**ข้อมูลคนพิการ**

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสองแพรก

วันที่.................เดือน………………………………….. พ.ศ……………..

ด้วยข้าพเจ้า □เด็กชาย □ เด็กหญิง □ นาย □ นาง □ นางสาว □อื่นๆ (ระบุ).....................

ชื่อ............................................................... นามสกุล................................................................................................

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

เลขที่…................. หมู่ที่................ ซอย..................... ถนน................................. ตำบล……........................... อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ 84350 โทรศัพท์..............................................................................

หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

ประเภทความพิการ □ ความพิการทางการมองเห็น □ ความพิการทางสติปัญญา

□ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย □ ความพิการทางการเรียนรู้

□ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย □ ความพิการทางออทิสติก

□ ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรม

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ (ระบุ)………...............

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

**ข้อมูลทั่วไป:** สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ□เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อวันที่............เดือน........................พ.ศ. ...............

□ ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ □ อื่นๆ (ระบุ)..................................

□ มีอาชีพ (ระบุ)................................................... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....................................................(บาท)

□ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....................................................................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตนเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ□โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ธนาคาร................................... สาขา.......................................... เลขที่บัญชี.................................

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ □ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียืนคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและอเกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ)...........................................................ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)…...........................................เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....................................................................................................  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว  □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก  .....................................................................................................  ………………………………………………………………………………………….  (ลงชื่อ)..............................................................................  (...............................................................................)  เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโขงเจียม  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้  □ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................  (.........................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................  (นายวรวัชร์ มูลมณี)  กรรมการ (ลงชื่อ)............................................................  (นายวิหค แสวงดี) |
| **คำสั่ง**  □ รับขึ้นทะเบียน □ ไม่รับขึ้นทะเบียน □ อื่นๆ........................................................................................  (ลงชื่อ)สิบเอก................................................................  (พิพัฒน์ พราวศรี)  ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโขงเจียม ปฏิบัติหน้าที่  นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโขงเจียม  วัน/เดือน/ปี.................................................................... | |

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้ .

**ทะเบียนเลขที่................** **/………………….**

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ .ศ........................... โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน...........................พ.ศ................. ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นค่ำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสิทธิ์ให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ)...........................................................ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)….................................................เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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