คู่มือการปฏิบัติงานกองสวัสดิการสังคม

จัดทำโดย

กองสวัสดิการสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด

อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

คำนำ

คู่มือการปฏิบัติงานของกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ฉบับนี้ได้จัดทำขึ้นตาม กรอบการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ อำนวยความสะดวกให้ผู้มาใช้บริการ ได้รับทราบและเข้าใจขั้นตอนของการปฏิบัติงานของกองสวัสดิการสังคม

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ขั้นตอนรายละเอียดในคู่มือการปฏิบัติงานของกองสวัสดิการสังคมฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ท่านผู้ใช้บริการได้บ้างไม่มากก็น้อย และหากมีข้อเสนอแนะใดๆ เพิ่มเติม อันจะเป็นประโยชน์ต่อ งานสวัสดิการสังคม สามารถแจ้งเพิ่มเติมได้ที่กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. การรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๑ - ๒
๒. การรับลงทะเบียนเบี้ยความพิการ	๒ - ๓
๓. การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๓
๔. การเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์	๔
๕. การลงทะเบียนขอรับสิทธิ์เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	๕
๖. การให้บริการส่งต่อการต่อบัตรคนพิการ	๖
๗.การจัดตั้งคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชน	๗
๘.การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี	๘
๙. การจัดทำโครงการต่างๆ	๙
๑๐.ภาคผนวก	๑๐

การรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. ประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุที่จะมีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ในปีถัดไปและผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนา เข้ามาใหม่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด

๑.๑ เอกสารประกอบการลงทะเบียน

๑.๑.๑ บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับเจ้าบ้าน

๑.๑.๓ บัญชีธนาคาร สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคาร

๑.๒ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑.๒.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๑.๒.๓ มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด

๑.๒.๔ ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ บำนาญพิเศษ เบี้ยหวัด หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการ และผู้ป่วย เอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๒. รับลงทะเบียนผู้สูงอายุเริ่มแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายนของทุกปี

๓. จัดทำประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในแต่ละเดือนแล้วปิดประกาศโดยเปิดเผยให้ สาธารณชนทราบภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป

๔. บันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

๕. จัดทำรายงานสรุปจำนวนผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยพิมพ์ออกจากระบบสารสนเทศเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ “รายงานสรุปยอดผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพแยกตามประเภท”จัดส่งให้สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคมของทุกปี

๖. ภายในเดือนตุลาคมของทุกปีประชาสัมพันธ์รับแสดงตนผู้สูงอายุที่มีสิทธิ์รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทั้งรายเก่า และรายใหม่ให้มาแสดงตนที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด และรายงานให้ผู้บริหารทราบ

๗. จัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและรายงานให้ผู้บริหารทราบ

๘. ดำเนินการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามขั้นบันไดภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน อายุ ๖๐ - ๖๙ ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ ๖๐๐ บาท อายุ ๗๐ - ๗๙ ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ ๗๐๐ บาท อายุ ๘๐ - ๘๙ ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ ๘๐๐ บาท อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพ ๑,๐๐๐ บาท

การรับลงทะเบียนเบี้ยความพิการ

๑. ประชาสัมพันธ์การรับลงทะเบียนให้คนพิการที่มีภูมิลำเนาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด

๑.๑ เอกสารประกอบการลงทะเบียน

๑.๑.๑ บัตรประจำตัวคนพิการ

๑.๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๑.๑.๓ บัญชีธนาคาร สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการผ่านธนาคาร

๑.๒ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพความพิการ

๑.๒.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๒. รับลงทะเบียนคนพิการทุกเดือน

๓. จัดทำประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการในแต่ละเดือน

๔. บันทึกข้อมูลคนพิการที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

๕. จัดทำรายงานสรุปจำนวนผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพความพิการ โดยพิมพ์ออกจากระบบสารสนเทศเบี้ยยังชีพ ความพิการ “รายงานสรุปยอดผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพแยกตามประเภท”จัดส่งให้สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม ภายใน วันที่ ๑๕ ธันวาคมของทุกปี

๖. ตรวจสอบสถานะของคนพิการภายในเดือนตุลาคมปีงบประมาณถัดไป และรายงานให้ผู้บริหารทราบ

๗. เบิกจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการ คนพิการอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ คนละ ๑,๐๐๐ บาท และคนพิการที่อายุมากกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ คนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว ซึ่งใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์ (AIDS) เท่านั้น หากระบุว่าเป็นโรค ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

๑.๑ คุณสมบัติของผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑.๑.๑ มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๑.๒ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

๒. ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

๓. แต่งตั้งพนักงานส่วนท้องถิ่นให้มีหน้าที่ออกไปตรวจสภาพความเป็นอยู่ของผู้รับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติ สมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่

๔. จัดทำรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิ ได้รับเงินสงเคราะห์

๕. บันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในระบบสารสนเทศเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์

๖. ดำเนินการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เดือนละ ๕๐๐ บาท

การเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์

กรณีจ่ายเป็นเงินสด

๑. จัดทำประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับเงินเบี้ยยังชีพเป็นประจำทุกต้นเดือน ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ เสนอผู้บริหาร

๒. ตรวจรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับเงินเบี้ยยังชีพ ก่อนการโอนเงินเบี้ยยังชีพประจำเดือนในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในส่วนของข้อมูลส่งกรมบัญชีกลาง

๓. ตรวจรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับเงินเบี้ยยังชีพประจำเดือนก่อนการโอนเงินเบี้ยยังชีพ ของกรมบัญชีกลาง ระบบบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม

๔. บันทึกข้อความขออนุมัติยืมเงินงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อเบิกจ่ายให้แก่ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ เสนอผู้บริหาร

๕. จัดทำเอกสารประกอบฎีกาเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์

๖. จัดทำใบสำคัญรับเงินสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ที่มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพเป็นเงินสด จัดทำบัญชีรายชื่อที่มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพโดยโอนผ่านบัญชีธนาคาร

๗. จัดทำเอกสารประกอบฎีกาเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์

๘. จัดทำหนังสือประชาสัมพันธ์กำหนดการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้นำชุมชน

๙. ดำเนินการเบิกจ่ายโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์โดยให้บริการมอบเบี้ยยังชีพในเวลา ๐๙.๐๐ นาฬิกา พร้อมกันทุกหมู่บ้าน

๑๐. จัดทำเอกสารส่งใช้เงินยืมงบประมาณ

กรณีจ่ายโดยโอนผ่านบัญชีธนาคาร

๑. จัดทำประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับเงินเบี้ยยังชีพเป็นประจำทุกต้นเดือน ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ เสนอผู้บริหาร

๒. ตรวจรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับเงินเบี้ยยังชีพ ก่อนการโอนเงินเบี้ยยังชีพประจำเดือนในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในส่วนของข้อมูลส่งกรมบัญชีกลาง

๓. ตรวจรายชื่อผู้มีสิทธิ์รับเงินเบี้ยยังชีพประจำเดือนก่อนการโอนเงินเบี้ยยังชีพ ของกรมบัญชีกลาง ระบบบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม

๔. จัดทำเอกสารประกอบฎีกาเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์

๕. ดำเนินการโอนเบี้ยยังชีพ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

๖. จัดทำรายงานการเบิกจ่ายเงินเบี้ยยังชีพประจำเดือนทุกเดือน

การลงทะเบียนขอรับสิทธิ์เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๑. ลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิ์เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด ตามแบบ

- ดร.๐๑ แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิ์เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน (แบบ ดร ๐๑)

๑.๑ คุณสมบัติของผู้ที่ลงทะเบียน

๑.๑.๑ เป็นหญิงตั้งครรภ์

๑.๑.๒ มีภูมิลำเนาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด

๑.๑.๓ มีสัญชาติไทย

๑.๑.๔ บิดาของเด็กที่มีสัญชาติไทย

๑.๒ หลักฐานประกอบการลงทะเบียน

๑.๒.๑ สำเนาบัตรประจำประชาชนของผู้หญิงตั้งครรภ์/มารดา

๑.๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดาเด็กหรือผู้ปกครอง (กรณีลงทะเบียนแทน)

๑.๒.๓ สำเนาเอกสารการฝากครรภ์ หรือ สำเนาบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หน้า ๑

๑.๒.๔ สำเนาสูติบัตรเด็ก ๑ ฉบับ (ยื่นหลังคลอด)

๑.๒.๕ สำเนาเอกสารยืนยันสถานะของมารดาเด็กแล้วแต่กรณี ที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ (กรณีมารดาเด็กเป็นบุคคลต่างด้าวหรือเป็นบุคคลไร้สถานะทางทะเบียนราษฎร์ อนุโลมให้บิดาของเด็กตามสูติบัตร ผู้มีคุณสมบัติซึ่งมีสัญชาติไทยลงทะเบียนแทน)

๑.๒.๖ สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ถ้ามี)

๒. แจ้งผู้ลงทะเบียนให้ไปเปิดบัญชีธนาคารพร้อมลงทะเบียนพร้อมเพย์

๓. ส่งเอกสารหลักฐานให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุตรดิตถ์

๔. จัดทำประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด เรื่อง รายชื่อผู้ขอรับสิทธิ์เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปิดประกาศในที่เปิดเผยเป็นเวลา ๑๕ วัน หากติดประกาศภายใน ๑๕ วันไม่มีผู้คัดค้านให้ถือว่าผู้มีรายชื่อตามบัญชี แนบท้ายประกาศนี้ เป็นผู้มีสิทธิ์รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

๕. จัดส่งสูติบัตรของเด็กเพิ่มเติมกรณีรับลงทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ไปสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

การให้บริการต่อบัตรคนพิการ

๑. จัดทำทะเบียนข้อมูลรายละเอียดคนพิการขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด

๒. ตรวจสอบคนพิการที่บัตรจะหมดอายุ ประสานงานผู้นำในพื้นที่เพื่อแจ้งคนพิการให้มาดำเนินการต่อบัตรคนพิการ โดยจะแจ้ง ก่อนบัตรหมดอายุ ๑ เดือน

๓. คนพิการยื่นเอกสารที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด โดยยื่นเอกสาร ดังนี้

๓.๑ รายใหม่

๓.๑.๑ เอกสารรับรองความพิการ

๓.๑.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๓.๑.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน

๓.๑.๔ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป หรือถ่ายรูปส่งทางระบบไลน์

๓.๑.๔ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล (กรณีมีผู้ดูแล)

๓.๑.๕ กรณีมีผู้ดูแลแต่อยู่คนละทะเบียนบ้าน ต้องมีหนังสือรับรองจากผู้ใหญ่บ้านว่าเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง

๒.๒ รายเก่า

๓.๒.๑ เอกสารรับรองความพิการ

๓.๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๓.๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน

๓.๒.๔ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป หรือถ่ายรูปส่งทางระบบไลน์

๓.๒.๔ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล (กรณีมีผู้ดูแล)

๓.๒.๕ สมุดคนพิการ/บัตรคนพิการที่หมดอายุแล้ว

๓.๒.๖ กรณีมีผู้ดูแลแต่อยู่คนละทะเบียนบ้าน ต้องมีหนังสือรับรองจากผู้ใหญ่บ้านว่าเป็นผู้ดูแลคนพิการจริง

๔. ส่งเอกสารหลักฐานต่างๆไปที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคามเพื่อต่อบัตรให้แก่คนพิการ

๕. ประสานงานผู้นำในพื้นที่ เพื่อแจ้งให้คนพิการมารับบัตรคนพิการที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด

การจัดตั้งคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชน

๑. ขอเอกสารแบบ ทร. ๑๔ เพื่อขอข้อมูลเด็กและเยาวชนที่มีชื่อในทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด ที่มี อายุระหว่าง ๐ – ๒๕ ปี จากสำนักงานทะเบียนราษฎร์ อำเภอบรบือ

๒. ประกาศประชาสัมพันธ์ให้เด็กและเยาวชนในพื้นที่เข้าร่วมการคัดเลือกคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชน ในวันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๐ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด

๓. แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมกิจการสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาล โดยมีนายก อบต.หรือนายกเทศมนตรี เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ ปลัด อบต./เทศบาล ปลัด อบต./เทศบาลเป็นประธาน ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐและ เอกชนตามความเหมาะสมของพื้นที่เป็นกรรมการ และเจ้าหน้าที่อบต./เทศบาล ที่รับผิดชอบสภาเด็กและเยาวชน เป็นกรรมการ

๔. คัดเลือกคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนตามวันเวลาที่กำหนด / ประกาศผลการคัดเลือกคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาลให้นายก อบต./นายกเทศมนตรี ลงนาม

๕. คัดเลือกที่ปรึกษาคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาล – คณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาล เสนอรายชื่อที่ปรึกษาคณะบริหารฯให้ อบต./เทศบาล โดยมีนายอำเภอเป็นที่ปรึกษาโดยตำแหน่ง - อบต./เทศบาล จัดทำประกาศแต่งตั้งที่ปรึกษาฯ เสนอให้นายอำเภอเป็นผู้ลงนาม

๖. ส่งเอกสารข้อมูลคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนให้บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดมหาสารคาม เพื่อบันทึกข้อมูลใน ระบบฐานข้อมูลสภาเด็กและเยาวชน อบต./เทศบาล

๗. ส่งตัวแทนคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชน เข้าร่วมการคัดเลือกคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ

๘. ส่งตัวแทนคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชน เข้าร่วมการคัดเลือกคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนระดับจังหวัด

๙. เมื่อคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชน หมดวาระลง ดำเนินการคัดเลือกคณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนชุดใหม่

๑๐. จัดทำประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด เรื่อง คณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนตำบลหนองคูขาด ที่ได้ดำเนินการคัดเลือกเรียบร้อยแล้ว

๑๑. ดำเนินการสำเนาประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด เรื่อง คณะบริหารสภาเด็กและเยาวชนตำบล หนองคูขาด ที่ได้ดำเนินการคัดเลือกเรียบร้อยแล้ว เพื่อส่งให้บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดมหาสารคาม

การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีนั้น ผู้สูงอายุที่ตายต้องเข้าหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) อายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป

(๒) สัญชาติไทย

(๓) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือ ประธานชุมชน เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง ตามแบบที่อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุกำหนด

การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีตามประกาศนี้ให้รวมถึงผู้สูงอายุซึ่งอยู่ใน ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งจัดการศพตามประเพณี โดยมูลนิธิ สมาคมวัด มัสยิด โบสถ์

การยื่นคำขอเพื่อขอรับการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี ให้ผู้ที่รับผิดชอบ ในการจัดการศพตามประเพณีรายนั้นยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนา ในขณะถึงแก่ความตาย ดังต่อไปนี้

(๑) กรุงเทพมหานคร ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานเขต

(๒) จังหวัดอื่น ให้ยื่นคำขอที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานเทศบาล หรือที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หรือศาลาว่าการเมืองพัทยา แบบคำขอรับการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี ให้เป็นไปตามที่อธิบดีกรมกิจการ ผู้สูงอายุกำหนด

ผู้ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี ต้องยื่นคำขอ ภายในกำหนดหกเดือน นับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตรพร้อมเอกสาร ดังต่อไปนี้

(๑) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ

(๒) บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ หรือหนังสือรับรอง

(๓) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและ เลขประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ กรณีการจัดการศพตามประเพณีโดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ ให้แนบหนังสือแสดงการจดทะเบียน หรืออนุญาตให้สร้าง จัดตั้ง หรือดำเนินงานมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ด้วย

(๔) สมุดบัญชีหรือเลขที่บัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ เว้นแต่ประสงค์จะขอรับเงินสด ให้ดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ

(๕) หนังสือรับรองเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี

การจัดทำโครงการต่างๆ

๑. ตรวจสอบโครงการที่อยู่ในข้อบัญญัติและแผนพัฒนาท้องถิ่นหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก หน่วยงานราชการอื่นๆ

๒. เขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ

๒. เขียนโครงการโดยมีหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาดำเนินการ สถานที่ดำเนินการ งบประมาณ ผู้รับผิดชอบโครงการ ผลที่คาดว่าจะได้รับ (เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ) เพื่อขออนุมัติโครงการกับผู้บริหาร

๓. จัดทำหนังสือประชาสัมพันธ์โครงการ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ

๔. จัดทำบันทึกขออนุมัติจัดทำโครงการและบันทึกอนุมัติการเบิกจ่ายต่างๆตามโครงการ

๕. จัดเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆก่อนการดำเนินโครงการ

๖. ประสานงานกับผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชนต่างๆที่เกี่ยวข้อง

๗. ดำเนินการตามกิจกรรมของโครงการ

๘. จัดทำเอกสารประกอบฎีกาเพื่อเบิกจ่ายตามโครงการ

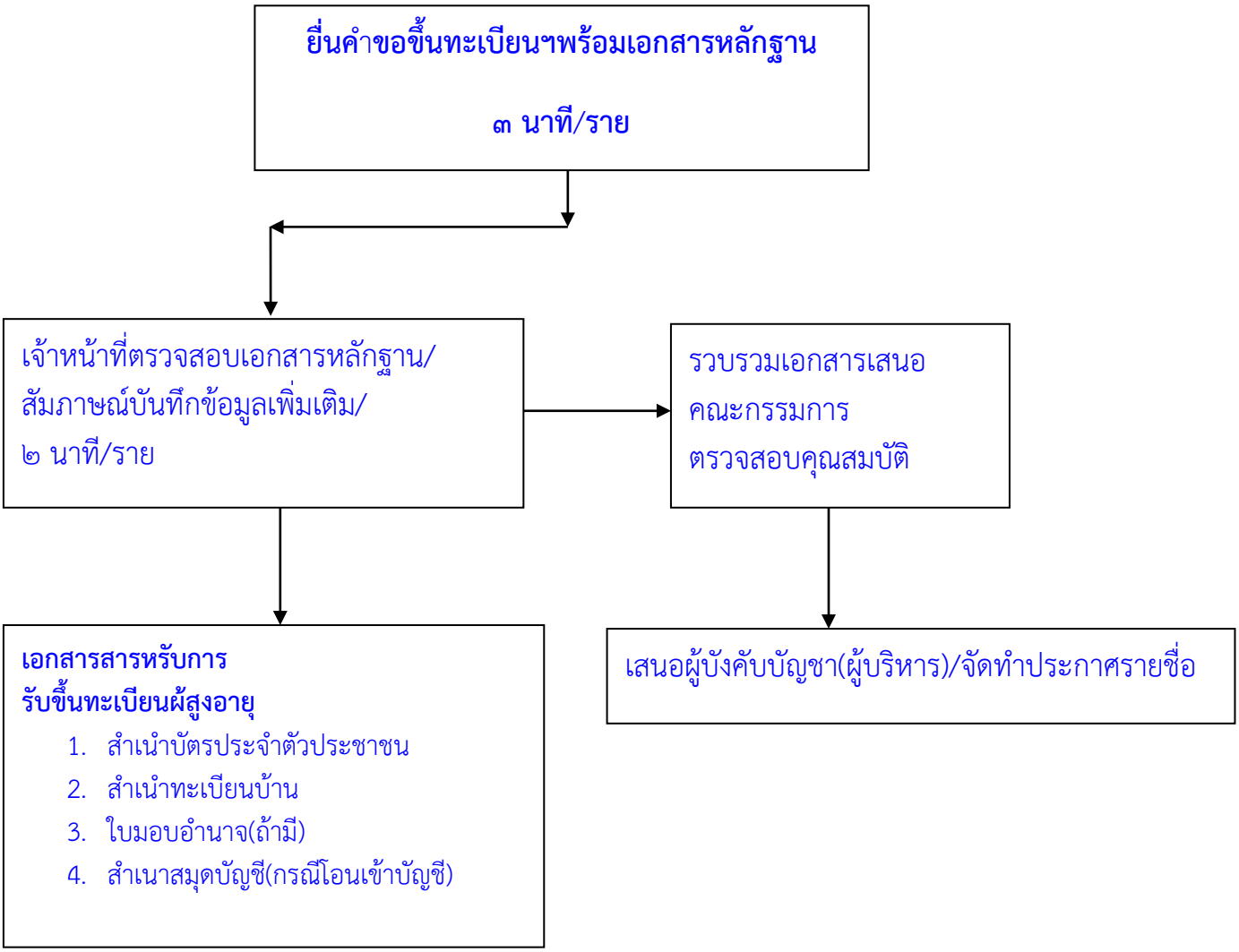
๙. สรุปผลการดำเนินโครงการและบันทึกข้อความให้ผู้บริหารทราบ สำหรับกรณีได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการ สรุปผลการดำเนินโครงการจำนวน ๒ ชุด ส่งให้หน่วยงานราชการที่สนับสนุนงบประมาณและ จัดเก็บที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด จำนวน ๑ ชุด

๑๐. กรณีได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานราชการอื่นๆ หากมีเงินเหลือจ่ายจัดทำบันทึกข้อความขออนุมัติคืนเงินเหลือจ่ายให้กับหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณและจัดทำเอกสารประกอบฎีกาคืนเงิน

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)

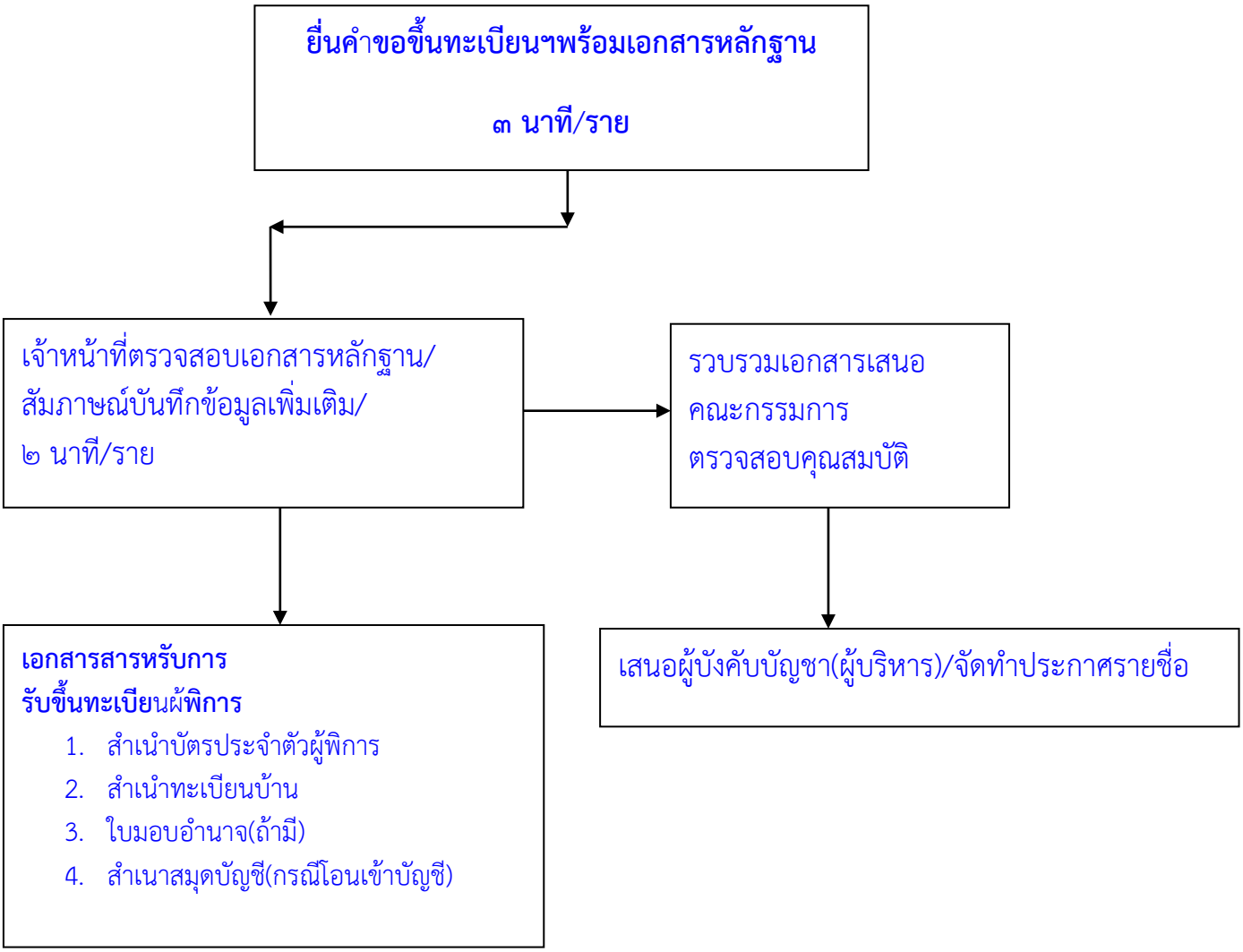


ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุเดิม๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด

๓-๕ นาที/ราย

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)

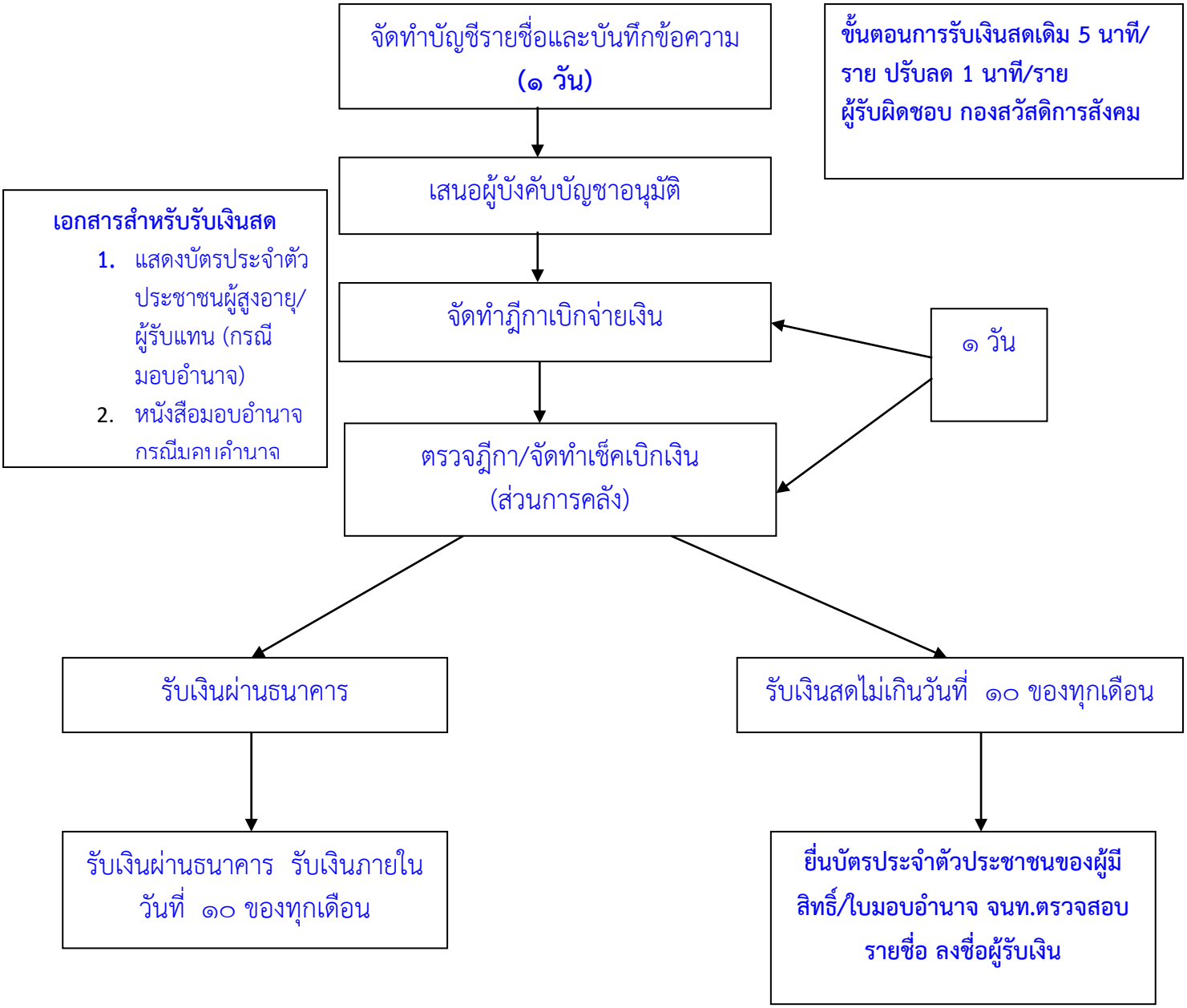


ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการเดิม๑๐ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด

๓-๕ นาที/ราย

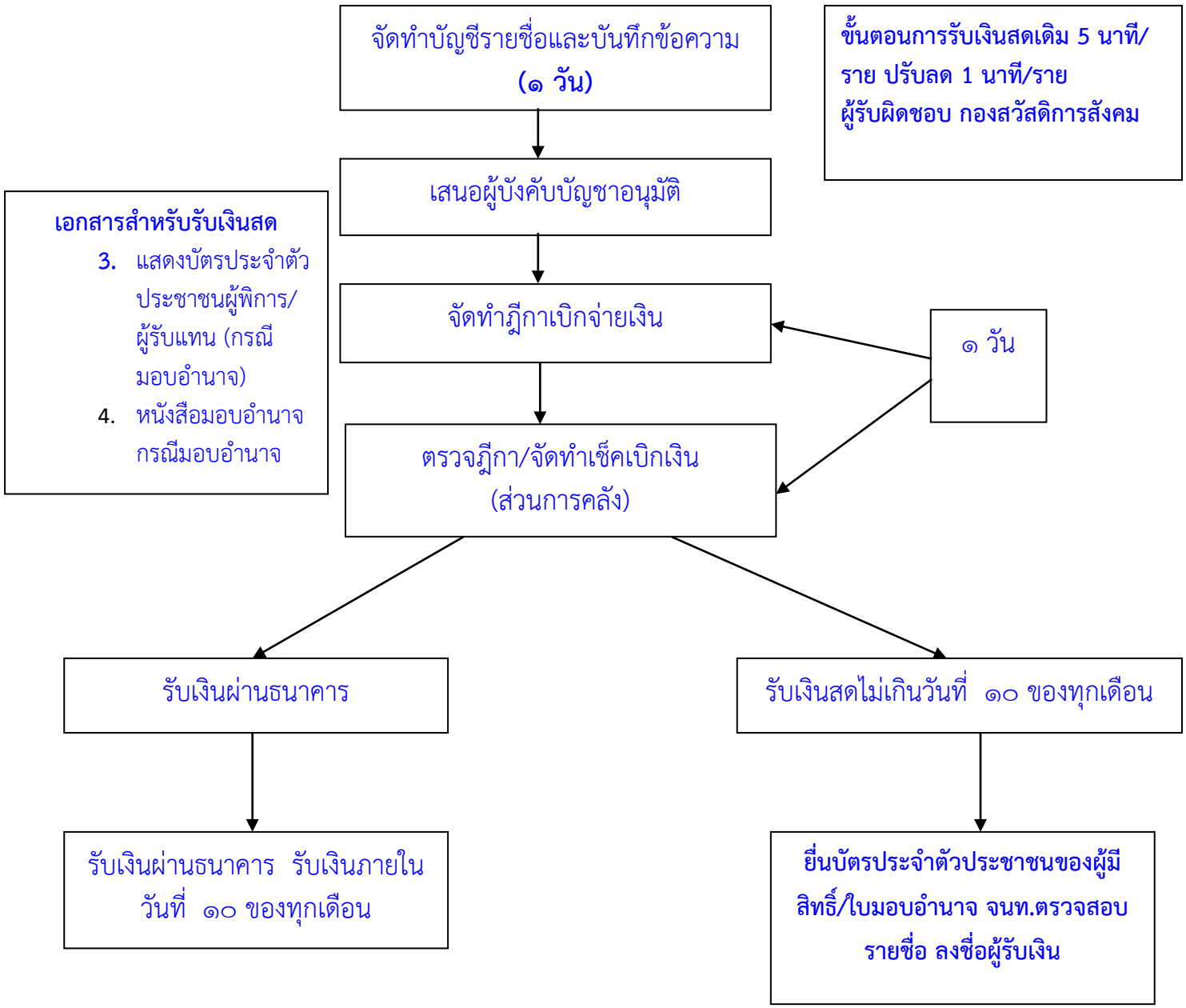
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

(การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้พิการ)



ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๖

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

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....หนองคูขาด.....อำเภอ.....บรบือ.....จังหวัด ....มหาสารคาม.....รหัสไปรษณีย์ .....๔๔๑๓๐.....โทรศัพท์

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ ทะเบียนบ้าน

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร .....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

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

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ) .....

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. ..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( ) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( ) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... ( )

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ) .....

นายก เทศมนตรี/นายก อบต. .....

วัน/เดือน/ปี .....

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. ..... เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่นับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณที่ได้ลงทะเบียนไว้ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

ทะเบียนเลขที่ ...../๒๕๖๕๖

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่ม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี- ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ – สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ) .....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่ .....
..... โทรศัพท์ .....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....
ชื่อ ..... นามสกุล..... เกิดวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่ .....หมู่ที่ ..... ตรอก/ ซอย .....-..... หมู่บ้าน.....ตำบลหนองคูขาด อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ ๔๔๑๓๐ 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 .....
☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ
(ระบุ) .....
☐ มีอาชีพ (ระบุ) ..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)
☐ มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ .....
มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ **(เลือก ๑ วิธี)**
☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
ธนาคาร ..... สาขา ..... เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการ ผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบ ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ) ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) ..... (.....)

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ) .....

(นายนิกาย รัตนเมือง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูขาด

ตัดตามรอยประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปนับจากประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ในกรณีคนพิการซึ่งได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งและย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานครฯ ให้คนพิการนั้นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนาและให้ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเบี้ยความพิการเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน