



# คู่มือหรือมาตรฐานการปฏิบัติงาน คู่มือหรือมาตรฐานการให้บริการ

☞ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

☞ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ

☞ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ

โทร. ๐-๓๗๒๕-๘๐๕๑

## คำนำ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญมีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าวโดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวขององค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ และยื่นคำขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่ตนพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

สำนักปลัด  
องค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ

## สารบัญ

หน้า

ค่านา

สารบัญ

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ	๑
คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๓
คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ	๔
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๕
คู่มือสำหรับประชาชนการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๖
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๗
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๘
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ	๙
ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๑๐

คำชี้แจง

๑๑-๑๕

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑๖-๑๗

ข้อเสนอแนะสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑๘

ภาคผนวก

- แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
- การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
- การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ
- การรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
- แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้พิการ
- หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์
- แบบคำขอ ขอรับการสงเคราะห์
- หนังสือมอบอำนาจ
- หนังสือรับรองการมีชีวิต

## ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานทั้งระดับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้น ๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงานการตรวจสอบการทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้ใช้อ้างอิง ไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบข้าราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมายได้ ผลผลิตหรือการบริการที่มีคุณภาพเสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย มีการทำงานปลอดภัย และไม่สร้างมลพิษแก่ชุมชน เพื่อบรรลุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการดังกล่าว คู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ดังนี้

๑. เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สำหรับการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของงานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน ให้กับผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน

๒. เพื่อให้การปฏิบัติงานของงานพัฒนาชุมชนมีแนวทางการปฏิบัติเป็นตามมาตรฐาน และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลผลิตหรือการบริการที่มีคุณภาพ เสร็จรวดเร็วทันตามกำหนดเวลานัดหมาย

๓. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านงานพัฒนาชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าวรวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานงานพัฒนาชุมชนและสามารถนำไปใช้ เป็นสื่อในการติดต่อประสานงานได้

๔. เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับผู้บริหารใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

คู่มือสำหรับประชาชน  
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในปีงบประมาณถัดไป ให้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคมจนถึงเดือนกันยายนของทุกปี ยกเว้นเดือนธันวาคม เป็นวันรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เพื่อรับเงินในเดือนตุลาคม หรือหลังเดือนที่อายุครบ ๖๐ ปี ในเดือนถัดไป แล้วแต่กรณี

อย่าลืม ! นะ  
ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิรับเงิน



### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้ (ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ ๖)

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อบต.สระขวัญ (ตามทะเบียนบ้าน)

(๓) เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป หรือจะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในปีงบประมาณถัดไป (เกิดก่อน ๒ กันยายน ๒๕๐๔)

(๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัดบำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หมายเหตุ : ๑. กรณี ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลสระขวัญ จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ อบต.สระขวัญ อีกครั้งหนึ่งนับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ๆ ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญในปีงบประมาณถัดไป

๒. กรณี ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุกับองค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญอยู่แล้วและได้ย้ายออกจากพื้นที่ตำบลสระขวัญ จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ อีกครั้งหนึ่งนับตั้งแต่วันที่ย้ายแต่ไม่เกินเดือนพฤศจิกายนของปีนั้น ๆ ทั้งนี้ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญสิ้นสุดลงในเดือนกันยายนของปีงบประมาณที่ได้ย้ายออก

เพื่อให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง  
ทั้งย้ายเข้า และย้ายออก



คู่มือสำหรับประชาชน  
การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ให้คนพิการ ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภูมิลำเนา (ทะเบียนบ้าน)

อย่าลืม ! นะ  
ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิรับเงิน



### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

คนพิการตรวจสอบดูคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้ (ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ ๖)

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลานาอยู่ในเขต อบต.สระขวัญ (ตามทะเบียนบ้าน)
- (๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

หมายเหตุ : ๑. กรณี ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลสระขวัญ จะต้องมาขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ และให้ได้รับเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญในเดือนถัดไป

๒.. กรณี ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายออกจากพื้นที่ตำบลสระขวัญ จะต้องไปขึ้นทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป และให้หยุดรับเบี้ยความพิการจากองค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญในเดือนถัดจากที่ย้ายออก

เพื่อให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง  
ทั้งย้ายเข้า และย้ายออก





## คู่มือสำหรับประชาชน การขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ตามความนัยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ  
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ให้ผู้ป่วยเอดส์ หมายความว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว มีความ  
ประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ที่ยื่นต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่

ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบ  
อำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

เมื่อมีผู้ป่วยเอดส์มายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ ให้พนักงานสวนท้องถิ่นมีหน้าที่ออกไปตรวจ  
สภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยใ  
นำความในข้อ ๗ มาประกอบการพิจารณาจัดลำดับด้วยและให้จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงิน  
สงเคราะห์เพื่อการยังชีพเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบ

ก่อนการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ในงวดแรก  
จะต้องมีการแสดงตนหรือได้รับหนังสือมอบอำนาจแจ้งการมีชีวิตอยู่ และหนังสือจากบุคคลที่นาเชื่อถือรับรอง  
ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่า หากผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์นั้นเสียชีวิตจะแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบภายในสามวันนับแต่วันที่เสียชีวิต

อย่าลืม ! นะ  
ไม่มีชื่อ ไม่มีสิทธิรับเงิน



### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้ (ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๖ และ ข้อ ๒๐)

(๑) มีภูมิลานาอยู่ในเขต อบต.สระขวัญ (ตามทะเบียนบ้าน)

(๒) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

หมายเหตุ : ๑. กรณี ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้วและได้ย้ายออกจากพื้นที่ตำบลสระขวัญ องค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ จักรงับการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในเดือนถัดจากที่ย้ายออก

๒. ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ให้มาแสดงตนต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพนั้นต่อไป ทั้งนี้ หากผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ที่ไม่สามารถมาแสดงตนได้ จะมอบอำนาจตามแบบที่กระทรวงมหาดไทยกำหนดให้บุคคลอื่นมาแจ้งแทนก็ได้

เพื่อให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง  
ทั้งย้ายเข้า และย้ายออก



## ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม  
“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ”

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ อบต.สระขวัญ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

**\*\*ขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และยื่นเอกสารประกอบได้ที่  
งานพัฒนาชุมชน อบต.สระขวัญ\*\*\***



## ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม  
“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ”

- บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- ทะเบียนบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

**\*\*ขอขึ้นทะเบียนคนพิการ และยื่นเอกสารประกอบได้ที่  
งานพัฒนาชุมชน อบต.สระขวัญ\*\*\***



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน  
ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม  
“แบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์”

- บัตรประจำตัวผู้ป่วยเอดส์
- ทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองที่แพทย์ทำการวินิจฉัยแล้ว **ว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์**
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอแทน แต่ต้องนำหลักฐานของผู้ป่วยเอดส์และคนดูแลผู้ป่วยเอดส์ไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

**\*\*ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์  
ยื่นเอกสารประกอบได้ที่  
งานพัฒนาชุมชน อบต.สระขวัญ\*\*\***



## คำชี้แจง

ผู้สูงอายุ/คนพิการ ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่แล้วในพื้นที่อื่น ภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบลสระขวัญ ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อที่ อบต.สระขวัญ เพื่อให้ได้รับเงินต่อเนื่อง ไม่ขาดคุณสมบัติของผู้รับเบี้ยยังชีพ เช่น

### ตัวอย่างผู้สูงอายุ

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ อบต.ช้างใหญ่ ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่ตำบลสระขวัญ ในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ นาง ก. ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ที่ อบต.สระขวัญ (ไม่เกินเดือนกันยายน ๒๕๖๓) เพื่อรับเงินต่อเนื่อง และไม่เกินเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ โดยจะได้รับเงินย้อนหลัง) แต่นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ยยังชีพที่ อบต. ช้างใหญ่ อยู่จนถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๓ เท่านั้น และมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ อบต.สระขวัญ ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ ต่อ (เมื่อมาลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้วตามเวลาที่กำหนดเท่านั้น)

### ตัวอย่างคนพิการ

นาย ข. รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการอยู่ อบต.ช้างน้อย ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่พื้นที่ตำบลสระขวัญ ในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ นาย ข. ต้องมาขึ้นทะเบียนใหม่ที่ อบต.สระขวัญ (ไม่เกินเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๓ เพื่อรับเงินต่อเนื่อง) เพื่อรับเงินในเดือนถัดไป (หากมาลงทะเบียนไม่ทันอาจไม่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ เพราะขาดคุณสมบัติ ตามระเบียบ ฯ ข้อ ๑๔ (๒) คือ มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน)

## ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

### กรณี ผู้สูงอายุ

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ของทุกปี อบต.สระขวัญ จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมของปีงบประมาณถัดไป โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุได้แจ้งความประสงค์ไว้

### กรณี คนพิการ

การจ่ายเบี้ยยังชีพคนพิการให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มาตรวจสอบรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ ภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป อบต.สระขวัญ จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับคนพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนถัดไป จนถึงวันที่สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยคนพิการสิ้นสุดลงตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ ๑๔ โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่คนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้

## การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได

### สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๓) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของ ผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี โดยคำนวณตามปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม ถึง ๓๐ กันยายน) มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มีการเพิ่มของอายุระหว่างปี

### การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน

สำหรับผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

ขั้นที่ ๑ อายุ ๖๐-๖๙ ปี จำนวนเงิน ๖๐๐ บาท

ขั้นที่ ๒ อายุ ๗๐-๗๙ ปี จำนวนเงิน ๗๐๐ บาท

ขั้นที่ ๓ อายุ ๘๐-๘๙ ปี จำนวนเงิน ๘๐๐ บาท

ขั้นที่ ๔ อายุ ๙๐ ปี ขึ้นไป จำนวนเงิน ๑,๐๐๐ บาท



## วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ

การนับอายุว่าจะอยู่ในชั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม เท่านั้น เช่น

๑. นาง ก. เกิด ๑ ตุลาคม ๒๔๙๓ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ นาง ก. จะอายุ ๗๐ ปี หมายความว่า นาง ก. จะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพเดือนละ ๗๐๐ บาท ในเดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ (งบประมาณปี ๒๕๖๔)

๒. นาง ข. เกิด ๒ ตุลาคม ๒๔๙๓ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓ นาง ข. จะอายุ ๖๙ ปี หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเดือนละ ๖๐๐ บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปีงบประมาณถัดไป

การนับรอบปีงบประมาณ คือ ๑ ตุลาคม ๓๐ กันยายน เช่น

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จะเริ่มตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

## การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

๑. ตาย
๒. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขต อบต.สระขวัญ (ตั้งแต่วันที่ย้ายออก)
๓. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
๔. ขาดคุณสมบัติ

## หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และหรือ คนพิการ

๑. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
๒. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
๓. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก อบต.สระขวัญ ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ได้รับทราบ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพต่อเนื่อง
๔. ให้ผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ อบต.สระขวัญ ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ กันยายน ของทุกปี
๕. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุหรือคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ แจ้งการตายให้ อบต.สระขวัญ ได้รับทราบ (พร้อมสำเนาบัตร) ภายใน ๗ วัน

## ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความพิการ
๒. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระแก้ว (ศูนย์รวมราชการ) โดยใช้ เอกสารดังต่อไปนี้
  - ๒.๑ เอกสารรับรองความพิการที่รับรองโดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
  - ๒.๒ รูปถ่ายคนพิการ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป หรือใช้มือถือถ่ายรูปคนพิการหน้าตรง
  - ๒.๓ ทะเบียนบ้านของคนพิการ
  - ๒.๔ บัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ
  - ๒.๕ ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้ดูแลคนพิการไปด้วย
๓. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ มาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคนพิการ ให้นำบัตรประจำตัวประชาชน และหลักฐานตามข้อ ๒.๕ มาด้วย

## การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ สามารถต่อได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระแก้ว (ศูนย์รวมราชการ) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป หรือใช้มือถือถ่ายรูปคนพิการหน้าตรง
๓. บัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการกรณีมีผู้ดูแล ได้แก่บัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้าน
๕. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการและผู้ดูแลคนพิการ มาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ ๓-๔ มาด้วย

## การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ สามารถติดต่อได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระแก้ว (ศูนย์รวมราชการ) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

๑. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
๒. บัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน
๓. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ
๔. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้บัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้าน
๕. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ
๖. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ  
(กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ส.อบต. หรือ ข้าราชการ ระดับ ๓ ขึ้นไป)

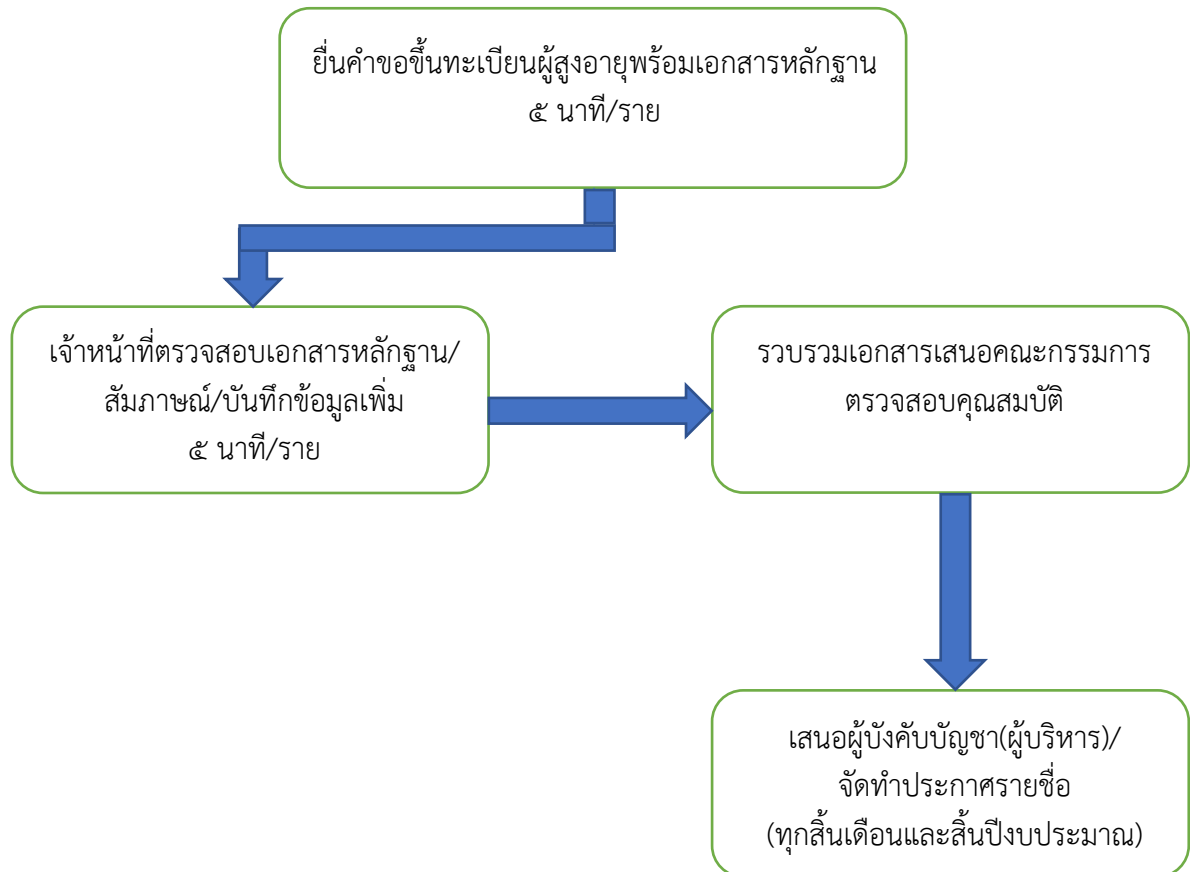
## ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลระยะขวัญ
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานพัฒนาชุมชน โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
  - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นผู้ป่วยเอดส์จริง
  - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชน
  - ๓.๓ ทะเบียนบ้าน
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว แล้วต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น
๗. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชนทราบ ภายใน ๗ วัน

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็นผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น  
หากระบุว่า โรคเอดส์ /AIDs ป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง  
จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ  
(การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)

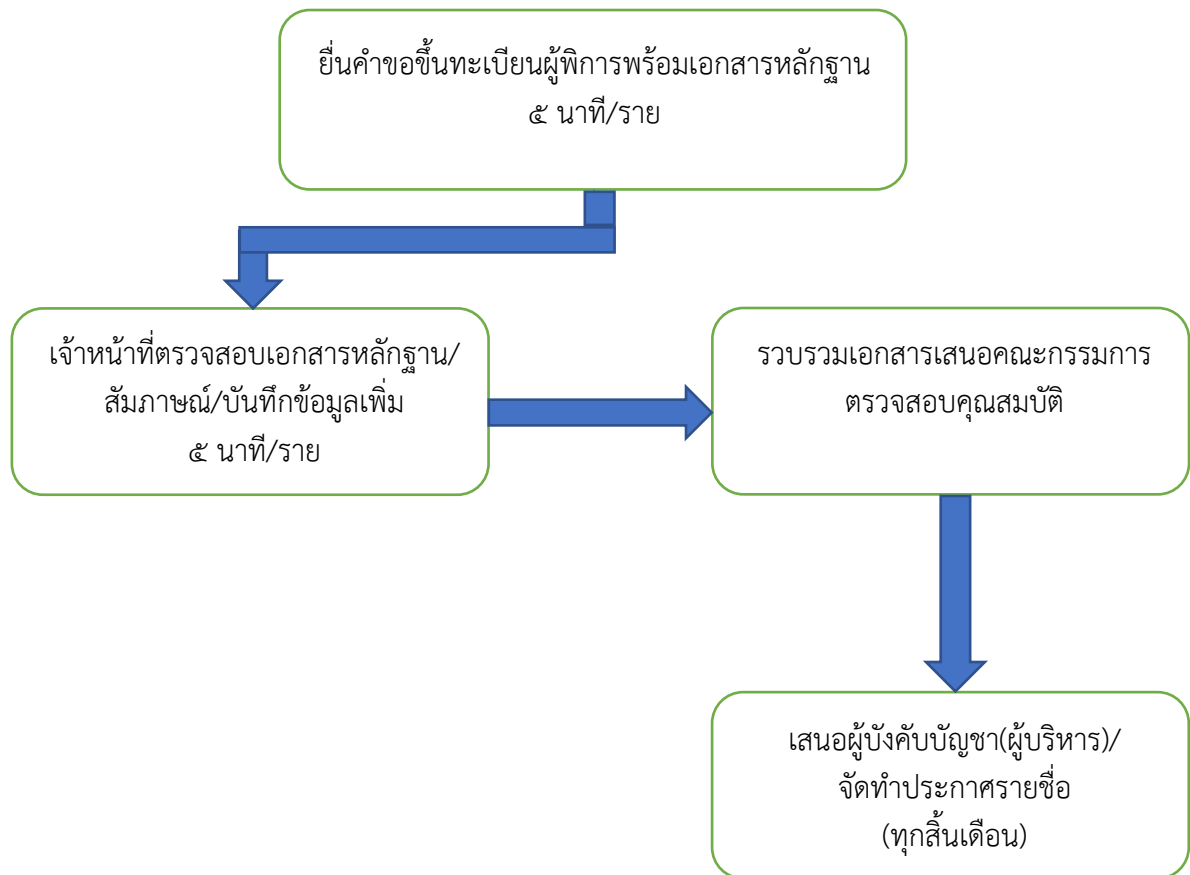


เอกสารสำหรับการ รับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

๑. บัตรประจำตัวประชาชน
๒. ทะเบียนบ้าน
๓. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
๔. สมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เดิมประมาณ ๑๕ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานลดเหลือประมาณ ๕-๗ นาที/ราย

## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



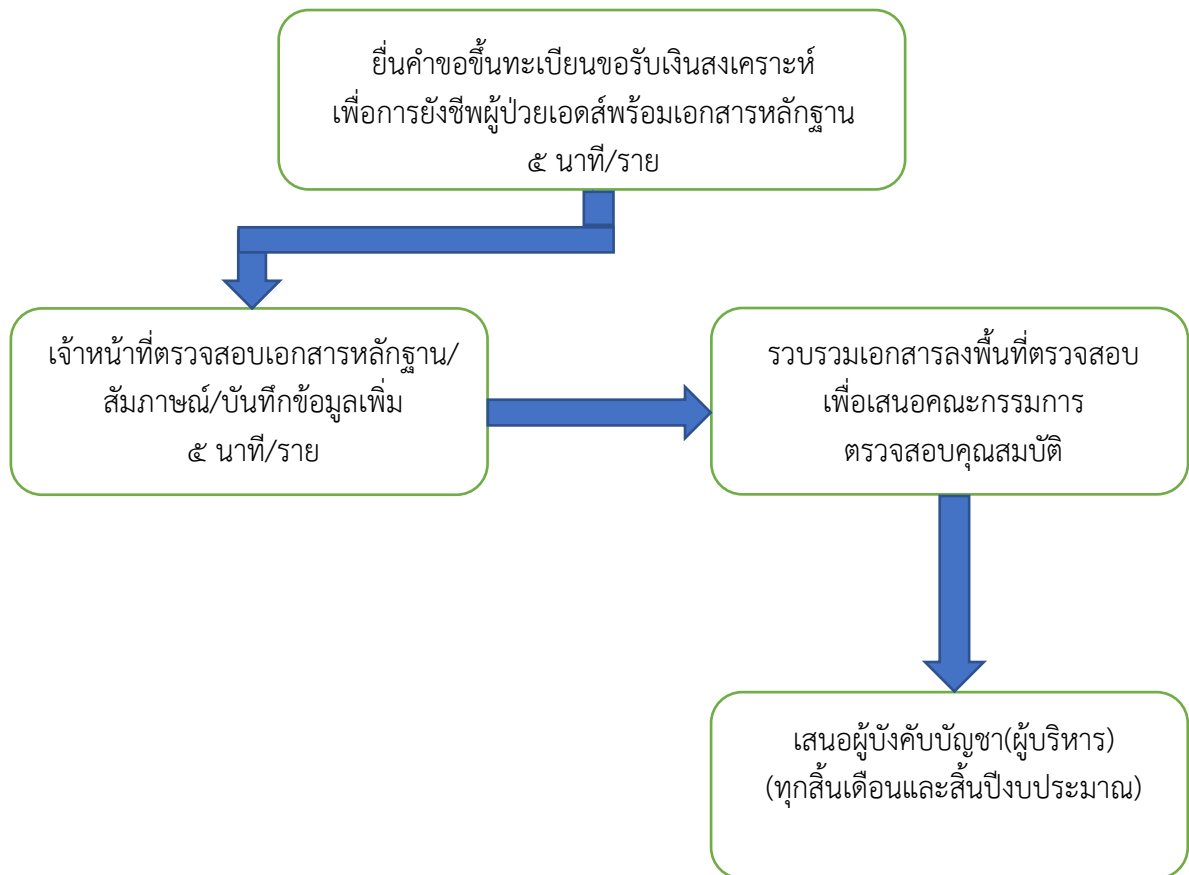
เอกสารสำหรับการ รับขึ้นทะเบียนผู้พิการ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ
๒. ทะเบียนบ้าน
๓. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
๔. สมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)



ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิมประมาณ ๑๕ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานลดเหลือประมาณ ๕-๗ นาที/ราย

## แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์)



เอกสารสำหรับการ รับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์  
เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. บัตรประจำตัวประชาชน
๒. ทะเบียนบ้าน
๓. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
๔. สมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)
๕. ใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ  
ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์จริง

ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ เดิมประมาณ ๑๕ นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานลดเหลือประมาณ ๕-๗ นาที/ราย

การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕  
เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงทะเบียนตั้งแต่เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๔ และ เดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๕

- ๑) ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้วแต่ยังไม่เคยลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป
- ๒) ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖) ที่มาลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่ตุลาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๔ และเดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๖๕ จะมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยจะได้รับเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปจากเดือน ที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์
- ๓) การคำนวณอายุของผู้สูงอายุรายเดิมที่อยู่ในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้คำนวณตามปีงบประมาณเช่นเดิม (การเลื่อนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายเดิมแบบขึ้นบันได ๗๐, ๘๐, ๙๐ ปี จะเลื่อนตามปีงบประมาณเหมือนเดิมไม่มีการเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในระหว่างปีงบประมาณ)

การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕  
เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงทะเบียนตั้งแต่เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๕ และ เดือนมกราคม -กันยายน ๒๕๖๕

- ๑) ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว จะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป
- ๒) ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จะได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์
- ๓) การเลื่อนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได จะรับ ๗๐, ๘๐, ๙๐ ปี ตั้งแต่ตุลาคม

\* หมายเหตุ : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขอความร่วมมือให้ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพมาลงทะเบียนในช่วงเดือนตุลาคม - เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการขอสนับสนุนงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ การลงทะเบียนในช่วงเดือนมกราคม - เดือนกันยายน ๒๕๖๕ ให้เป็นการลงทะเบียนเพื่อเก็บตก





# 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.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง การมอบอำนาจ ในกิจการ  
ดังต่อไปนี้

- ( ) ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ
- ( ) แจ่งรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ โดยโอนผ่านบัญชีธนาคารผู้มอบอำนาจ
- ( ) แจ่งรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ โดยโอนผ่านบัญชีธนาคารผู้รับมอบอำนาจ
- ( ) อื่น ๆ ระบุ .....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า  
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

## \*หมายเหตุ\* เอกสารประกอบ

๑. บัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ และสำเนาทะเบียนบ้าน
๒. บัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

**แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖.....**

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ  
 เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา - มารดา  บุตร  สามี - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแล  
 คนพิการตามระเบียบฯ ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....  
 เลขประจำตัวประชาชน --------  
 ที่อยู่ ..... โทรศัพท์.....

**ข้อมูลคนพิการ**

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

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

ตำบลสระขวัญ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว รหัสไปรษณีย์ ๒๗๐๐๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ --------

- ประเภทความพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางอภิสติ  
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

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

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ

เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

- ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่น ๆ (ระบุ)  
 ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง  มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ  ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้  
 มีอาชีพ (ระบุ) .....  รายได้ต่อเดือน (ระบุ) .....(บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕.๖... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ  
 จากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี .....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย  ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ (นาย/นาง/นางสาว)</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็น ดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ ลงชื่อ .....</p> <p>( )</p> <p>กรรมการ ลงชื่อ .....</p> <p>( )</p> <p>กรรมการ ลงชื่อ .....</p> <p>( )</p>
--	---

**คำสั่ง**

รับขึ้นทะเบียน       ไม่รับขึ้นทะเบียน       อื่น ๆ.....

.....

ลงชื่อ.....

( )

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ

วัน/เดือน/ปี.....

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียน.....

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.๒๕๖.....

ชื่อ.....สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ**ความพิการ** ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖..... โดยจะได้รับ  
เงินเบี้ยยังชีพ**ความพิการ** ตั้งแต่เดือน .....ภายในวันที่ **๑๐** ของทุกเดือน

**\*\* กรณีคนพิการ ย้าย ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องรีบไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ**ความพิการ**  
ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่ ไม่ช้ากว่าเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา** ทั้งนี้ เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

**\*\* ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ หรือ โทร. ๐ ๓๗๒๕ ๘๐๕๑ ต่อ ๑๑ \*\***



## แบบคำขอรับการสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ

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

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

ทะเบียนเลขที่..... หมู่ที่ ..... ชุมชน ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล สระขวัญ

อำเภอ เมืองสระแก้ว จังหวัด สระแก้ว รหัสไปรษณีย์ ๒๗๐๐๐ โทรศัพท์ .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เป็นเอดส์ที่ยื่นคำขอ .....

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

### ๑. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรม ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

### ๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

### ๓. การพักอาศัย

( ) พักอาศัยกับ ..... รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก..... มาประมาณ.....

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

### ๔. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้..... สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(.....)

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

## หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า ( นาย / นาง / นางสาว ) ชื่อ เอก นามสกุล วงษ์คำ  
เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ..... ลำดับที่..... นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- รับเงินสดด้วยตนเอง                       รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

บัญชีเงินฝากธนาคาร .....

บัญชีเลขที่ ..... ชื่อบัญชี .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(.....)

ขอแสดงความนับถือ

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ

ข้าพเจ้า..... ขอมอบอำนาจให้.....

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

หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น..... เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า

ในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

( ) เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

**หนังสือแสดงความประสงค์ในการขอรับเงินสงเคราะห์**  
**ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖.... (๑ ต.ค. ๒๕๖.... - ๓๐ ก.ย. ๒๕๖....)**  
**กรณีรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร**

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....  
หมายเลขประจำตัวประชาชน  เกิดวันที่.....เดือน.....  
พ.ศ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลสระขวัญ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระขวัญ  
เบอร์โทรศัพท์..... เป็นผู้สืบทิตีได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  
 ผู้สูงอายุ  คนพิการ  ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖.... นั้น

ข้าพเจ้าขอแสดงการดำรงชีวิตอยู่และแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ฯ ต่อองค์การบริหาร  
ส่วนตำบลสระขวัญ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖.... ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว ดังนี้

**ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ฯ ดังนี้**

ขอรับเงินเบี้ยยังชีพฯประจำปีงบประมาณ ๒๕๖.... (๑ ต.ค. ๒๕๖.... - ๓๐ ก.ย. ๒๕๖....)

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิ (ไม่ต้องเขียนหนังสือมอบอำนาจ)

ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร  ธกส.  กรุงไทย  ออมสิน  อื่นๆ

สาขา.....เลขที่บัญชี.....

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ (ต้องเขียนหนังสือมอบอำนาจ)

ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร  ธกส.  กรุงไทย  ออมสิน  อื่นๆ

สาขา.....เลขที่บัญชี.....

ไม่ขอรับเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ  คนพิการ  ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือน.....เป็นต้นไป

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าการรับเงินเบี้ยยังชีพฯดังกล่าวข้างต้นเป็นความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

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

**\*หมายเหตุ\* เอกสารประกอบ**

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ
2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
3. สำเนาบัญชีธนาคาร
4. หนังสือมอบอำนาจและเอกสารการมอบอำนาจฯ (กรณีมอบอำนาจ)

หนังสือมอบอำนาจ

ขอรับเงินสงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการและเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖.... (๑ ต.ค. ๒๕๖.... - ๓๐ ก.ย. ๒๕๖....)

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสระขวัญ

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน/  
หนังสืออื่นๆที่ทางราชการออกให้ เลขที่.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....-..... ตำบล สระขวัญ อำเภอ เมืองสระแก้ว จังหวัด สระแก้ว  
เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน/  
หนังสืออื่นๆที่ทางราชการออกให้ เลขที่.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....-..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....ความเกี่ยวข้องเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพ.....แทนข้าพเจ้าตลอดปีงบประมาณ ๒๕๖.... **ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือ  
เสียชีวิตแล้ว** โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจเป็น

- เงินสด  
 โอนเข้าบัญชีธนาคาร ของผู้รับมอบอำนาจ ชื่อบัญชี.....  
ธนาคาร  ธกส.  กรุงไทย  ออมสิน  อื่นๆ  
สาขา.....เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้า ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้  
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ : ให้แนบหลักฐาน

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๓. สำเนาบัญชีธนาคาร