



องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำชุม

เปิดรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

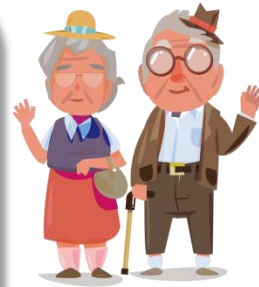
ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ – พฤศจิกายน ๒๕๖๓

และเดือนมกราคม ๒๕๖๔ – เดือนกันยายน ๒๕๖๔ ในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำชุม

จึงขอเชิญชวน

๑. ผู้สูงอายุที่ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ในพื้นที่เขตตำบลน้ำชุม แต่ยังไม่ได้นำดำเนินการลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๒. ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เคยลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
๓. ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป นับจนถึงวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ (ที่เกิดก่อน วันที่ ๒ กันยายน ๒๕๐๕)



เตรียมเอกสารหลักฐาน ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาสมุดบัญชี ธกส. ประเภทออมทรัพย์ พร้อมเซ็นชื่อรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นแจ้งลงทะเบียนแทน ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ทั้งผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ฉบับ)

***สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สำนักปลัด ๐๕ ๖๗๙ ๔๒๕๕ หรือ ๐๘ ๖๙๒๘ ๓๖๙๓

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดังนี้

๒.๑ มีสัญชาติไทย

๒.๒ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๒.๓ มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๔ ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ บำนาญพิเศษ เบี้ยหวัด หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

เอกสารหลักฐานในการลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยผู้สูงอายุ

๑. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา
๒. ทะเบียนบ้าน(ที่เป็นปัจจุบัน)พร้อมสำเนา
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร



งานผู้พิการ

ลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ

- ระยะเวลาลงทะเบียน : ลงได้ตลอดทั้งปี
- เอกสารที่ใช้ :
 - ๑) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๓) สำเนาใบรับรองความพิการจากโรงพยาบาล จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๔) สำเนาสมุดบัญชี ธกส. (สาขาในจังหวัดเท่านั้น) จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๕) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นแจ้งลงทะเบียนแทน ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ทั้งผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ฉบับ)
- เดือนที่จะได้รับเบี้ยยังชีพ : เดือนถัดไป หลังจากเดือนที่ทำการลงทะเบียน



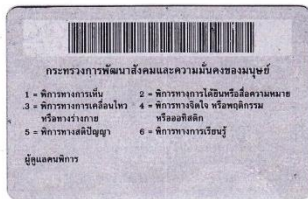
การขอมีบัตรคนพิการ

- ระยะเวลา : ตลอดทั้งปี
- เอกสารที่ใช้ : สำหรับผู้พิการ



- ๑) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓) ใบรับรองความพิการจากโรงพยาบาล (ตัวจริง) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔) รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ใบ

สำหรับผู้ดูแล



- ๑) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ***กรณีที่ผู้ดูแลชื่ออยู่คนละทะเบียนบ้านกับผู้พิการ ต้องมีหนังสือรับรองผู้ดูแลคนพิการ จากกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านด้วย

เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ท่านสามารถติดต่อขอทำบัตรได้เองที่
สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเพชรบูรณ์
และสามารถรับบัตรได้เลย ณ วันที่ขอทำบัตร

ตัวอย่างใบรับรองความพิการจากโรงพยาบาล

เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง

เลขที่.....

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง..... ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ได้ประเมิน ค.ช. / ค.ญ. / นาย / นาง / นางสาว..... เลขประจำตัวประชาชน.....

ประเภทความบกพร่อง	ประเภทความบกพร่อง	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางการเห็น	- การเห็นของสายตา			() ตามปกติ	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- ลานสายตา			() ตามอาการ	() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
๒. ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง			() หูหนวก	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- การเข้าใจภาษาพูด			() หูตึง	() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
	- การใช้ภาษาพูด			() สื่อความหมาย		() ไม่ทราบสาเหตุ
๓. ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า			() การเคลื่อนไหว	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย			() ขาดระบุ.....	() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
				() อ่อนแรง ระบุ.....		() ไม่ทราบสาเหตุ
๔. ทางจิตใจ หรือพฤติกรรม หรือสติ	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม			() ขาดระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
	- กลุ่มอาการจิต			() อ่อนแรง ระบุ.....	() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
				() ขาดระบุ.....		() ไม่ทราบสาเหตุ
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			() พัฒนาการ	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
				() สติปัญญา	() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....
๖. ทางการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้			() ขาดระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด	() พันธุกรรม () โรคติดเชื้อ
				() ขาดระบุ.....	() ภายหลัง จำนวน.....ปี..... เดือน	() อุบัติเหตุ () โรคอื่น ๆ ระบุ.....

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

() ไม่มีความพิการ () มีความพิการ

ความเห็น () ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..... () ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....

() ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..... () อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา
โรงพยาบาล

ตัวอย่างแบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ



แบบคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

รูปถ่าย
คนพิการ

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

- ☐ ขอมีบัตรครั้งแรก
☐ ขอมีบัตรเนื่องจาก ☐ บัตรหมดอายุ ☐ ขำรุค
☐ สูญหาย ☐ มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญเกี่ยวกับคนพิการ
☐ อายุครบหกสิบปีบริบูรณ์

ข้อ ๑ ข้อมูลคนพิการ

- ๑.๑ คำนามานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
๑.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....
๑.๓ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
๑.๔ เลขประจำตัวประชาชน.....
๑.๕ ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
๑.๖ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ หย่า
๑.๗ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
๑.๘ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....

๑.๙ การศึกษา

- ☐ ไม่ได้เรียน
จบการศึกษาชั้นสูงสุด
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
☐ อนุปริญญา ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ ปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ สูงกว่าปริญญาตรี ระบุสาขาวิชาที่จบการศึกษา.....
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๐ อาชีพ

- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุ.....
ประกอบอาชีพ
☐ เกษตรกรรม ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ลูกจ้างเอกชน
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....

๑.๑๑ รายได้จากการประกอบอาชีพของคนพิการ..... บาท/เดือน

๑.๑๒ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (คำนวณจากรายได้ของทุกคนในครอบครัว)..... บาท

๑.๑๓ จำนวนบุคคลที่คนพิการต้องอุปการะ (ถ้ามี)..... คน

- ๒ -

๓.๑๔ ประเภทความพิการ (สอดคล้องกับเอกสารรับรองความพิการ/คู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

- ☐ ทางการเดิน ☐ ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
☐ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ทางสติปัญญา ☐ ทางการเรียนรู้ ☐ ทางออทิสติก

ข้อ ๒ ข้อมูลผู้ดูแลคนพิการ

๓.๑ ผู้ดูแลคนพิการ ☐ ไม่มี ☐ มี (กรอกข้อมูลข้อ ๓.๒)

๓.๒ กรณีมีผู้ดูแลคนพิการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- (๑) คำนามานาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
(๒) ชื่อ..... นามสกุล.....
(๓) เลขประจำตัวประชาชน.....
เลขหนังสือเดินทาง..... (กรณีผู้ดูแลเป็นชาวต่างชาติ)
(๔) ความสัมพันธ์กับคนพิการ ☐ บิดามารดา ☐ บุตร ☐ สามีหรือภรรยา ☐ พี่น้อง
☐ ปู่ย่าตายาย ☐ ลุงป้าน้าอา ☐ บุคคลอื่น (ระบุ).....
(๕) ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
หมู่บ้าน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
มือถือ..... โทรสาร..... e-mail.....
(๖) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล..... บาท/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เจ้าหน้าที่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไปได้

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)
คนพิการ ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้แทน

เลขประจำตัวประชาชน.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่รับคำขอ

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นว่าเอกสารประกอบคำขอมีบัตรครบถ้วน ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร ให้ออกบัตรประจำตัวคนพิการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

- ☐ อนุมัติออกบัตรประจำตัวคนพิการ
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากความพิการ ไม่เป็นไปตามคู่มือการวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
☐ ความเห็นอื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจออกบัตร

ตัวอย่างแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ

[illegible]