

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม ส่วนสวัสดิการและสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

๑. ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

โทรศัพท์ : ๐๕๓ ๘๘๖ ๓๖๖

(๑-๓๐ พฤศจิกายน)

เว็บไซต์ : monpinfang.go.th

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่วันที่ ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. สัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น (ตามทะเบียนบ้าน)

๓. เป็นผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ในปีถัดไป (ปัจจุบัน อายุ ๕๕ ปีบริบูรณ์ และต้องเกิดก่อน ๑ ตุลาคม)

๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้รับเงินบำนาญ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน

๕. กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำร้องขอได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

- ผู้สูงอายุ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนเป็นผู้สูงอายุ งานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น
- เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ
- เสนอคณะผู้บริหาร

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี) สำหรับกรณีและผู้ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถร้องเรียนได้ที่ศูนย์ดำรงธรรมองค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น โทรศัพท์ : ๐๕๓ ๘๘๖ ๓๖๖ หรือ เว็บไซต์ : monpinfang.go.th

- ☐ ខ្ញុំបានបំពេញការងារនេះដោយស្មោះត្រង់ និងតាមការណែនាំរបស់គ្រូបង្រៀន ☐ ខ្ញុំបានបំពេញការងារ
- ☐ ខ្ញុំបានបំពេញការងារនេះដោយស្មោះត្រង់ និងតាមការណែនាំរបស់គ្រូបង្រៀន ខ្ញុំបានបំពេញការងារនេះដោយស្មោះត្រង់ និងតាមការណែនាំរបស់គ្រូបង្រៀន
- ☐ គណៈកម្មាធិការនេះបានបំពេញការងារនេះដោយស្មោះត្រង់ និងតាមការណែនាំរបស់គ្រូបង្រៀន

ការបំពេញការងារនេះត្រូវបានបំពេញដោយស្មោះត្រង់ និងតាមការណែនាំរបស់គ្រូបង្រៀន ខ្ញុំបានបំពេញការងារនេះដោយស្មោះត្រង់ និងតាមការណែនាំរបស់គ្រូបង្រៀន ខ្ញុំបានបំពេញការងារនេះដោយស្មោះត្រង់ និងតាមការណែនាំរបស់គ្រូបង្រៀន

ឈ្មោះ: _____

ឈ្មោះ: _____

(_____)

(_____)

ស្ថិតិទិន្នន័យនេះបានបំពេញការងារនេះ

ស្ថិតិទិន្នន័យនេះបានបំពេញការងារនេះ

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม ส่วนสวัสดิการและสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

๑. ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

โทรศัพท์ : ๐๕๓ ๘๘๖ ๓๖๖

(๑-๓๐ พฤศจิกายน)

เว็บไซต์ : monpinfang.go.th

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. สัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น (ตามทะเบียนบ้าน)

๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๕. กรณีที่พิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้ดูแลยื่นคำร้องแทนแต่ต้องนำ

หลักฐานของคนพิการและคนดูแลคนพิการ ไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

- ผู้พิการ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้พิการ งานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน
- เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ ตำบลม่อนปิ่น
- เสนอคณะผู้บริหาร

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำหรับทะเบียนบ้านของผู้พิการ จำนวน ๑ ฉบับ
- ใบรับรองความพิการจากแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ
- รูปถ่ายผู้พิการ ๑ นิ้ว จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดูแล จำนวน ๑ ฉบับ
- สมุดเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี)
- สำหรับกรณีและผู้ขอรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถร้องเรียนได้ที่ศูนย์ดำรงธรรมองค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น โทรศัพท์ : ๐๕๓ ๘๘๖ ๓๖๖ หรือ เว็บไซต์ : monpinfang.go.th

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม ส่วนสวัสดิการและสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

๑.ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

โทรศัพท์ : ๐๕๓ ๘๘๖ ๓๖๖

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

เว็บไซต์ :monpinfang.go.th

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑.ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์มีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒.ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น

๓.กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑.ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน

งานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน

๒.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ

ตำบลม่อนปิ่น

๓.เสนอคณะผู้บริหาร

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|--|--------------|
| ๑.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำหรับทะเบียนบ้านของผู้พิการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.ใบรับรองความพิการจากแพทย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถร้องเรียนได้ที่ศูนย์ดำรงธรรมองค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น โทรศัพท์ : ๐๕๓ ๘๘๖ ๓๖๖ หรือ เว็บไซต์ :monpinfang.go.th

หนังสือขอความเห็นชอบในการรับเงินอุดหนุน

วันที่ _____

ปี _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เรียน นาย/นาง/นางสาว/นาย/นาง/นางสาว _____

ตามที่มีการขอรับเงินอุดหนุน _____ เงินอุดหนุน _____
ขอความเห็นชอบในการรับเงินอุดหนุน _____ ปี _____

จึงขอเรียนขอความเห็นชอบในการรับเงินอุดหนุน ดังนี้

() เงินอุดหนุน

() เงินอุดหนุนเงินอุดหนุน _____ สาขา _____
เลขที่เงินอุดหนุน _____

ขอเรียนขอความเห็นชอบในการรับเงินอุดหนุน

ขอความเห็นชอบ

ឯកសារសម្ភាសន៍

ថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____

ស្ថានភាព _____ ឈ្មោះ _____ ភេទ _____

ស្រី/ប្រុស ឈ្មោះ _____ ក្រុមហ៊ុន _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ក្រុមហ៊ុន _____ អាសយដ្ឋាន _____
 ឈ្មោះ _____ ត្រូវបានបញ្ជាក់ថា _____ ក្រុមហ៊ុន _____ ត្រូវបាន
 កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____
 កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____
 កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____
 កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____

() ឯកសារសម្ភាសន៍នេះត្រូវបានបញ្ជាក់ថា _____ កំណត់ _____

() ឯកសារសម្ភាសន៍នេះត្រូវបានបញ្ជាក់ថា _____ កំណត់ _____

កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____

() កំណត់ _____

() កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____

កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____

() ឯកសារសម្ភាសន៍នេះត្រូវបានបញ្ជាក់ថា _____ កំណត់ _____

កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____

កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____

កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____

កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____ កំណត់ _____