

## คู่มือสำหรับบริการประชาชน

งานที่ให้บริการ	การยื่นคำขอรับเงินเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม

### ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานเทศบาลตำบลบ้านดอน ๙๙ หมู่ที่ ๘ ตำบลบ้านดอน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โทรศัพท์ : ๐๓๕-๔๔๖๕๐๙ ต่อ ๑๑๐ โทรสาร : ๐๓๕-๔๔๖๕๐๙ ต่อ ๑๑๑	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. เด็กแรกเกิด : ๑.๑) เกิดระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
  - ๑.๒) มีสัญชาติไทย ( บิดาและมารดา หรือบิดา หรือมารดา เป็นผู้มีสัญชาติไทย)
  - ๑.๓) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จากหน่วยงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ ได้แก่ เงินสงเคราะห์บุตรจากกองทุนประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และไม่อยู่ในความดูแลของหน่วยงานของรัฐ
๒. หญิงตั้งครรภ์ : ๒.๑) มีกำหนดคลอดระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
  - ๒.๒) อยู่ในครัวเรือนที่ยากจนและครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน

ขั้นตอน และระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. มารดาของเด็ก หรือหญิงตั้งครรภ์ นำเอกสารมาลงทะเบียน	กองสวัสดิการสังคม
๒. เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนตรวจสอบความถูกต้อง และจัดทำประกาศรายชื่อผู้ขอรับสิทธิภายใน ๓ วัน และประกาศเป็นเวลา ๑๕ วัน	กองสวัสดิการสังคม
๓. บันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล เพื่อเตรียมเบิกจ่าย	กองสวัสดิการสังคม

### ระยะเวลา

ระยะเวลาการให้บริการ ๑๐ นาที/ราย

**รายการเอกสารหลักฐานประกอบ**

**เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้**


- |   |              |
|---|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของหญิงตั้งครรภ์                         | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาเอกสารการฝากครรภ์   | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย(กรณีประสงค์จะรับผ่านบัญชีธนาคาร) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกคลอด(ยื่นหลังคลอด)                           | จำนวน ๑ ฉบับ |

**ค่าธรรมเนียม**

**การรับเรื่องร้องเรียน**

หากไม่ได้รับความเป็นธรรมในเรื่องที่ร้องเรียน สามารถแจ้งได้ที่สำนักปลัดเทศบาลตำบลบ้านดอน  
 เทศบาลตำบลบ้านดอน โทรศัพท์ ๐-๓๕๔๔-๖๕๐๙ ต่อ ๑๐๔

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

 แบบ ภ.ศ.๑

แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด  
 (เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2559)

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

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์/มารดา (ผู้ลงทะเบียน)**  
 ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี  
 วัน เดือน ปีเกิด ..... อาชีพ .....  
 เลขประจำตัวประชาชน                      
 วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ .....  
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ต.รอกช้อย ..... อ.ณน ..... จ.พริต ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ต.รอกช้อย ..... อ.ณน ..... จ.พริต ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 ลงทะเบียนระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ..... สัปดาห์ กำหนดคลอดบุตร เดือน ..... ปี พ.ศ. ....  
 จำนวนทารกในครรภ์ ..... สถานที่ฝากครรภ์ .....  
 ลงทะเบียนหลังคลอด วัน/เดือน/ปีเกิด ของเด็ก ..... อายุ ..... เดือน .....

**ข้อมูลบิดาของเด็ก** (กรณีมารดาเป็นบุคคลต่างด้าว หรือเป็นบุคคลไร้สถานะทางทะเบียนราษฎร หรือเสียชีวิต  
 อนุมัติให้บิดาขอเด็กตามสิทธิกรณีที่มีสัญชาติไทย ลงทะเบียนแทน)  
 ชื่อ (นาย) ..... นามสกุล .....  
 เลขประจำตัวประชาชน

**ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้**  
 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (คร.๐2)  
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของหญิงตั้งครรภ์/มารดา  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดาเด็ก (กรณีลงทะเบียนแทน)  
 สำเนาเอกสารการฝากครรภ์ หรือ สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หน้า 1  
 สำเนาสูติบัตรเด็ก 1 ฉบับ (ยื่นหลังคลอด)  
 สำเนาเอกสารยืนยันสถานะของมารดาเด็กแล้วแต่กรณี ที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ (กรณีมารดาเป็นบุคคลต่างด้าว  
 หรือเป็นบุคคลไร้สถานะทางทะเบียนราษฎร หรือเสียชีวิต อนุมัติให้บิดาของเด็กตามสิทธิกรณีที่มีสัญชาติไทย  
 ลงทะเบียนแทน)

**ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอรับเงิน (เลือกเพียงข้อเดียว) ดังนี้**  
 รับเงินตัวคนเอง ณ กรมกิจการเด็กและเยาวชน หรือ สำนักงาพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด  
 รับเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ..... สาขา .....  
 ชื่อบัญชี ..... ประเภทบัญชี .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และเป็นผู้อยู่ในครัวเรือนยากจนและครัวเรือน  
 ที่เสียชื่อคนจนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อคน ต่อเดือน หรือต่ำกว่า 36,000 บาท ต่อคน ต่อปี และไม่เป็นผู้  
 ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนประกันสังคม หรือสวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และไม่อยู่ในความดูแลของหน่วยงาน  
 ของรัฐ เช่น บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐ รวมทั้งข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดู  
 เด็กแรกเกิดมาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นจริงเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย ในกรณี ข้าพเจ้า  
 ยื่นรับเงินอุดหนุนการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ลงทะเบียน  
 (.....)  
 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....


- 21 -

-2-

**ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึก**  
**ข้อมูลการบันทึกเด็ก** (บันทึกภายหลังจากมีเด็กเกิดแล้ว)  
 ชื่อ-นามสกุล (ค.ร./ค.ญ.) .....  
 วัน เดือน ปีเกิด .....  
 เลขประจำตัวประชาชน                      
 ตามใบสูติบัตรเลขที่ ..... ออกให้โดย ..... เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 คลอด ณ .....  
**ผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วง 0-1 ปี**  
 มารดาเลี้ยงดูเด็กเอง  
 ให้ผู้อื่นเลี้ยงดู ชื่อ-สกุล (ระบุ) ..... ที่อยู่ .....  
**ที่อยู่ของเด็ก**  
 อยู่ที่เดียวกับมารดา  
 ไม่ได้อยู่กับมารดา (ระบุที่อยู่) .....  
 บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน ..... ต.รอกช้อย ..... อ.ณน ..... จ.พริต ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับลงทะเบียน  
 (.....)  
 ตำแหน่ง .....  
 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

- 22 -



แบบ ร. 02

แบบรับรองสถานะของครัวเรือน

เขียนที่.....

ผู้รับรองคนที่ 1 ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง.....  
 สังกัดหน่วยงาน..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถ.นบ..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ผู้รับรองคนที่ 2 ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง.....  
 สังกัดหน่วยงาน..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถ.นบ..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า (นาง/นางสาว/นาย)..... เป็นหญิงตั้งครรภ์มารดาบิดา (โดยอนุโลมตาม  
 หลักเกณฑ์การลงทะเบียน) ที่อยู่ในครัวเรือนยากจนและครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจนจริง มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อคน ต่อเดือน  
 หรือต่ำกว่า 36,000 บาท ต่อคน ต่อปี (รายได้รวมของสมาชิกทั้งหมดในครัวเรือน หากมีจำนวนสมาชิกทั้งหมดของครัวเรือนซึ่งรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรองคนที่ 1 (ลงชื่อ)..... ผู้รับรองคนที่ 2  
 (.....) (.....)  
 ตำแหน่ง..... ตำแหน่ง.....  
 วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

ผู้รับรองคนที่ 1	ผู้รับรองคนที่ 2	ข้อมูลสถานะของครัวเรือน
- กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานคร หรือหัวหน้ำนายพัฒนาชุมชนและ สวัสดิการสังคมประจำสำนักงานเขต	- กรุงเทพมหานคร : ผู้อำนวยการเขต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภรรยาที่พึ่งพิงได้แก่ในครอบครัว มีคนพิการ หรือผู้สูงอายุ หรือเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือคนว่างงาน อายุ 15- 65 ปี หรือเป็น พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว
- เมืองพัทยา : ประธานชุมชน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขเมืองพัทยา	- เมืองพัทยา : ปลัดเมืองพัทยา หรือ รองปลัดเมืองพัทยาที่ได้รับมอบหมาย	<input type="checkbox"/> สถาบันข้างกรุงเทพมหานคร หากภักวีศ พื้นบ้าน เช่น ไม้ไผ่ ใบจาก หรือวัสดุเหลือใช้ หรืออยู่บ้านเช่า
- เทศบาล หรือ อบต. : อาสาสมัครพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	- เทศบาล หรือ อบต. : ปลัดเทศบาล หรือปลัด อบต. หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน	<input type="checkbox"/> ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล รถจักรยานยนต์ รถบรรทุกเล็ก รถตู้ <input type="checkbox"/> เป็นเกษตรกรที่มีพื้นที่ทำกินไม่เกิน 1 ไร่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....
- บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือสถาน สงเคราะห์ของรัฐ : เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็ก และครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์	- บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือสถาน สงเคราะห์ของรัฐ : หัวหน้าบ้านพักเด็กและ ครอบครัว หรือผู้ปกครองสถานสงเคราะห์	หมายเหตุ ต้องมีข้อมูลประกอบสถานะของ ครัวเรือน อย่างน้อย 1 ข้อ

- 23 -

- 2 -

การปิดประกาศ

ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้วตามประกาศ เลขที่..... ลงวันที่.....

ไม่มีผู้คัดค้าน

มีผู้คัดค้าน เนื่องจาก.....

กรณีมีผู้คัดค้านได้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้วพบว่า.....

ผลการพิจารณา

มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ไม่มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ลงทะเบียนเขียน  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่...../...../.....

## คู่มือสำหรับบริการประชาชน

งานที่ให้บริการ	การยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม

### ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานเทศบาลตำบลบ้านดอน ๙๙ หมู่ที่ ๘ ตำบลบ้านดอน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โทรศัพท์ : ๐๓๕-๔๔๖๕๐๙ ต่อ ๑๑๐ โทรสาร : ๐๓๕-๔๔๖๕๐๙ ต่อ ๑๑๑	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เทศบาลตำบลบ้านดอน เป็นหน่วยงานของรัฐ จึงเป็นหน่วยงานที่ต้องให้บริการและอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดีพ.ศ. ๒๕๕๖ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปด้วยตนเอง ณ สำนักงานเทศบาลตำบลบ้านดอน ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรมเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทน

ขั้นตอน และระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้พิการกรอกแบบฟอร์มยื่นคำร้อง	กองสวัสดิการสังคม
๒. เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนตรวจสอบความถูกต้อง	กองสวัสดิการสังคม
๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	กองสวัสดิการสังคม
๔. รับลงทะเบียน	

### ระยะเวลา

ระยะเวลาการให้บริการ ๑๐ นาที/ราย

### รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

#### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร	จำนวน ๑ ฉบับ

# ค่าธรรมเนียม

## การรับเรื่องร้องเรียน

หากไม่ได้รับความเป็นธรรมในเรื่องที่ร้องเรียน สามารถแจ้งได้ที่สำนักปลัดเทศบาลตำบลบ้านดอน  
เทศบาลตำบลบ้านดอน โทรศัพท์ ๐-๓๕๔๔-๖๕๐๙ ต่อ ๑๐๔

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนเงินกู้เงินเพื่อการพัฒนา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ทะเบียนเลขที่ \_\_\_\_\_ / ๒๕๕๘

เฉพาะกรณีสมัครขอรับเงินกู้เพื่อพัฒนา : ผู้ยื่นคำขอ ๑ แทน ตามทวีติเยนอบอำนาจหรือเจ้าของกิจการ  
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  10๓ - มารดา  บุตร  สามี - ภรรยา  พี่น้อง  ผู้ดูแลกิจการตามระเบียบฯ  
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ / ผู้ดูแลกิจการ) \_\_\_\_\_ ที่อยู่ \_\_\_\_\_  
เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ข้อมูลกิจการ

ชื่อ \_\_\_\_\_ เย็นที่ สำนักงานเทศบาลตำบลบ้านดอน \_\_\_\_\_  
ที่ตั้ง \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. ๒๕๕๘  
คำนำหน้านาม  เด็กชาย  เด็กหญิง  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_  
ชื่อ นามสกุล \_\_\_\_\_  
เกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. อายุ \_\_\_\_\_ ปี สัญชาติ \_\_\_\_\_ มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน \_\_\_\_\_  
เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ต. \_\_\_\_\_ อ. \_\_\_\_\_ จ. \_\_\_\_\_ หมู่บ้าน/ชุมชน \_\_\_\_\_  
ตำบล \_\_\_\_\_ บ้านดอน อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ สุพรรณบุรี \_\_\_\_\_  
รหัสไปรษณีย์ ๓๑๑๐๐ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนขอสมัครยื่นคำขอ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ประเภทความพิการ  ความพิการทางการมองเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางออกเสียง  
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ \_\_\_\_\_  
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับสวัสดิการ  เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ในใหม่  
 ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พิการ  อื่น ๆ \_\_\_\_\_  
 มีอาชีพ (ระบุ) \_\_\_\_\_ รายได้ต่อเดือน (ระบุ) \_\_\_\_\_ (บาท)  
 มีความประสงค์รับการฝึกอบรม \_\_\_\_\_

มีความประสงค์ขอรับเงินกู้เพื่อการพัฒนา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)  
 รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ยื่นคำขอ  
 โอนเข้าบัญชีในนามการค้าในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีในนามการค้าในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ยื่นคำขอ  
หรือมอบหมายผู้อื่น ดังนี้ \_\_\_\_\_

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรับเงินผ่านธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลกิจการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ ๒คน)  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และขอความสงเคราะห์จากท่านเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ (ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน \_\_\_\_\_

หมายเหตุ : ให้ติดถ่ายข้อความนี้เมื่อการออก และนำมายื่นหน่วยงาน ก ในข้อ  หน้าข้อความที่ติดออก

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  
ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว / \_\_\_\_\_

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายเทศมนตรีเทศบาลตำบลบ้านดอน  
คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว  
มีความเห็นดังนี้  
 สมควรรับลงทะเบียน  ไม่สมควรรับลงทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
(..นางสาวอริศรินทร์..สิงหนาทพันธ์..)

กรรมการ (ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
(..นางสรวิศ..เชื่องของ..)

กรรมการ (ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
(..นางสาวภาณี..เบตรงสุวรรณ..)

ความหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

เป็นผู้รับผิดชอบคดีครอบครัว  
 เป็นผู้ขาดคุณสมบัติ

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
(.....)  
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

คำสั่ง

รับลงทะเบียน  ไม่รับขึ้นทะเบียน  อื่นๆ \_\_\_\_\_

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
นายทรงบท คุ้มฉายา  
นายกเทศมนตรีตำบลบ้านดอน  
วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. ๒๕๕๘

(ติดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

-ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยความพิการ  
ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๕๘ ถึง เดือน กันยายน ๒๕๖๐ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาทภายในวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้าย  
ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่ วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ ถึง วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความ  
พิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง



## คู่มือสำหรับบริการประชาชน

งานที่ให้บริการ	การยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม

### ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานเทศบาลตำบลบ้านดอน ๙๙ หมู่ที่ ๘ ตำบลบ้านดอน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โทรศัพท์ : ๐๓๕-๔๔๖๕๐๙ ต่อ ๑๑๐ โทรสาร : ๐๓๕-๔๔๖๕๐๙ ต่อ ๑๑๑	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

เทศบาลตำบลบ้านดอน เป็นหน่วยงานของรัฐ จึงเป็นหน่วยงานที่ต้องให้บริการและอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๕๖ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้ผู้ที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไป มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเอง สำนักงานเทศบาลตำบลบ้านดอน ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองไม่ได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนก็ได้

ขั้นตอน และระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้สูงอายุกรอกแบบฟอร์มยื่นคำร้อง	กองสวัสดิการสังคม
๒. เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนตรวจสอบความถูกต้อง	กองสวัสดิการสังคม
๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ	กองสวัสดิการสังคม
๔. รับลงทะเบียน	กองสวัสดิการสังคม

### ระยะเวลา

ระยะเวลาการให้บริการ ๑๐ นาที/ราย

### รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

#### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร	จำนวน ๑ ฉบับ

