



คู่มือหรือมาตรฐานการให้บริการ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด

เทศบาลตำบลหลวงเหนือ อ.งาว จ.ลำปาง



การลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพคนพิการ

การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์

การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

การยื่นคำขอรับการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียน เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลหลวงเหนือ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด โทรศัพท์ : 054-261401	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยต้องมีสัญชาติไทย มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลตำบลหลวงเหนือ มีอายุครบห้าสิบเก้าปีบริบูรณ์ ภายในวันที่ 30 กันยายน ของปีที่ยื่นคำขอ ทั้งนี้ต้องไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และยื่นคำขอภายในเดือน พฤศจิกายน ของทุกปี กรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร ให้ผู้อื่นยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ (ระยะเวลา 5 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
2. ตรวจสอบเอกสารคุณสมบัติผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ระยะเวลา 3 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
3. ตรวจสอบหลักฐานการรับลงทะเบียน (ระยะเวลา 3 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
4. ตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา 5 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
5. เสนอนายกเทศมนตรี ลงนามในคำสั่งรับหรือ ไม่รับขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา 3 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
6. นายกเทศมนตรี ลงนามในคำสั่งรับหรือ ไม่รับขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา 3 วัน)	นายกเทศมนตรีหลวงเหนือ
7. บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฐานข้อมูลเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองท้องถิ่น(เวลา 7 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
8.บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองท้องถิ่น(ระยะเวลา 7 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
ประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ เพื่อให้ ผู้สูงอายุได้ตรวจสอบรายชื่อและรับทราบสิทธิของตนเอง เมื่อ เทศบาลได้ส่งรายชื่อให้จังหวัดภายในเดือนมกราคมแล้ว (ระยะเวลา 1 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด

ระยะเวลา

ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 90 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1.แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ	จำนวน 1 ฉบับ
2. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พร้อม สำเนา	จำนวน 1 ฉบับ
3.ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	จำนวน 1 ฉบับ
4.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา(กรณีและผู้ขอรับเบี้ยความผู้สูงอายุประสงค์รับผ่านทาง ธนาคาร)	จำนวน 1 ฉบับ
5.หนังสือมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถ มาลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง)	จำนวน 1 ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ เทศบาลตำบลหลวงเหนือ 054-261401 หรือ <http://www.luangnuea.go.th>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่..... / 2564

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน
ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลหลวงเหนือ

วันที่ 14 เดือน เมษายน พ.ศ. 2563

ด้วยข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ สมศรี นามสกุล สมศักดิ์
เกิดวันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ. 2503 อายุ 59 ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่ 59/4 หมู่ที่ ชุมชน ดอนไชย ต.รอก/ชอย
ถนน ตำบล หลวงเหนือ อำเภอ งาว จังหวัด ลำปาง
รหัสไปรษณีย์ 52110 โทร 089-9999999

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ 1-5205-99999-99-9
สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ
รายได้ต่อเดือน 0 - 5,000 บาท อาชีพ รับจ้างทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ทะเบียนบ้าน
 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
 บัญชีเงินฝากธนาคาร ธนาคารออมสิน
บัญชีเลขที่ 0522600009 ชื่อบัญชี นางสมศรี สมศักดิ์

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ) สมศรี สมศักดิ์
(.....นางสมศรี สมศักดิ์.....)
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ) ประพนธ์ ตีร์กิมมัม
(.....นางประพนธ์ ตีร์กิมมัม.....)
ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- 2 -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว นางสาวสมศรี สมศักดิ์	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อ.ดำบลหลวงเหนือ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 1-5205 99999-99 9 <input checked="" type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) นางประหมพท ศรีวิกรม์ (.....) (.....) หัวหน้าผู้รับลงทะเบียน	<input checked="" type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (..... นายกัมพล ช่างโชติ) กรรมการ (ลงชื่อ) (..... นายเมธี ปิมแปง) กรรมการ (ลงชื่อ) (..... นางพรใจ รุ่งเจริญอารีย์จิตต์)
คำสั่ง <input checked="" type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

คัดค้านก่อนสิ้นประ ไขผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนแล้ว

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ 14 เดือน เมษายน พ.ศ. 2563
 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วน
 และตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน พฤษภาคม
 พ.ศ. 2564 เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครอง
 ส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

หมายเหตุ ให้รักษาข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียน เพื่อรับเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลหลวงเหนือ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด โทรศัพท์ : 054-261401	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยคนพิการต้องมีสัญชาติไทย มีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลตำบลหลวงเหนือ มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ และไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ สามารถยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี กรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล ยื่นคำขอแทน ส่วนกรณีอื่นๆ ให้ผู้ดูแลคนพิการ ยื่นคำขอแทน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ (ระยะเวลา 5 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
2. ตรวจสอบเอกสารคุณสมบัติผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ (ระยะเวลา 3 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
3. ตรวจสอบหลักฐานการรับลงทะเบียน (ระยะเวลา 3 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
4. ตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา 5 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
5. เสนอนายกเทศมนตรี ลงนามในคำสั่งรับหรือ ไม่รับขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา 3 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
6. นายกเทศมนตรี ลงนามในคำสั่งรับหรือ ไม่รับขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา 3 วัน)	นายกเทศมนตรีหลวงเหนือ

7.บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศฐานข้อมูลเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองท้องถิ่น(เวลา 7 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
8.บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองท้องถิ่น(ระยะเวลา 7 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
ประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ เพื่อให้ ผู้พิการได้ตรวจสอบรายชื่อและรับทราบสิทธิของตนเอง เมื่อ เทศบาลได้ส่งรายชื่อให้จังหวัดภายในเดือนมกราคมแล้ว (ระยะเวลา 1 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด

ระยะเวลา
ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 90 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
1.แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ	จำนวน 1 ฉบับ
2. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พร้อม สำเนา	จำนวน 1 ฉบับ
3.ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	จำนวน 1 ฉบับ
4.ใบรับรองแพทย์	จำนวน 1 ฉบับ
5.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา(กรณีที่ผู้ขอรับเบี้ยความพิการประสงค์รับผ่านทาง ธนาคาร)	จำนวน 1 ฉบับ
6.สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประชาชน ของผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือ ผู้ดูแลคนพิการ (กรณีคนพิการเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ หรือไร้ความสามารถ หรือคน พิการไม่สามารถมาลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง)	จำนวน 1 ฉบับ

ค่าธรรมเนียม
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ เทศบาลตำบลหลวงเหนือ 054-261401 หรือ http://www.luangnuea.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่..... / 2563

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการ
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามเณร - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)
 เลขประจำตัวประชาชน - - - ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

เขียนที่.....เทศบาลตำบลหลวงเหนือ

วันที่ 14 เดือน เมษายน พ.ศ. 2563

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ สมศักดิ์ นามสกุล สมศรี
 เกิดวันที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2547 อายุ 15 ปี สัญชาติ มีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่ 70/6 หมู่ที่ 4 ชุมชน ต.รอก/ชอย
 ถนน ตำบล หลวงเหนือ อำเภอ งาว จังหวัด ลำปาง
 รหัสไปรษณีย์ 52110 โทรศัพท์ 089-9999999

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ 1 - 5 2 0 5 - 9 9 9 9 - 9 9 - 9
 ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางอหิสติก
 ความพิการทางการจิตใจหรือพฤติกรรม
 สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ
 รายได้ต่อเดือน 0 - 5,000 บาท อาชีพ
 บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ
 ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ทะเบียนบ้าน
 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
 บัญชีเงินฝากธนาคาร ธนาคารออมสิน
 บัญชีเลขที่ 05226000009 ชื่อบัญชี นายสมศักดิ์ สมศรี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
 หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้
 ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ) สมศักดิ์
 (นามสมศักดิ์ สมศรี)
 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ) ประพนธ์ ตรีวิกรม
 (นางประพนธ์ ตรีวิกรม)
 ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน
 เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- 2 -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เขียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว นางสมศรี สมศักดิ์	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เขียน นายก เทศมนตรี/อ.ต. ตำบลหลวงเหนือ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 1 5 2 0 5 9 9 9 9 9 9 9 9 <input checked="" type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก	<input checked="" type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (..... นายกัมพล ช่วงโชติ) กรรมการ (ลงชื่อ) (..... นายเมธี ปิมแบ่ง) กรรมการ (ลงชื่อ) (..... นางพรใจ รุ่งเจริญอารีย์จิตต์) (ลงชื่อ) นางประไพพร ศิริวิกรมม (..... หักพัฒน์หาญม่งห์) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
คำสั่ง <input checked="" type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ลงชื่อ) หามณรงค์ เตือระมา นายก เทศมนตรี/นายก อบต. หามกเทศมนตรีตำบลหลวงเหนือ วัน/เดือน/ปี	

คัดความรายนามประ โหม่สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ 14 เดือน เมษายน พ.ศ. 2563
 การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 โดยจะได้รับ
 เงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
 กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 แห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

งานที่ให้บริการ	การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ "ผู้ป่วยเอดส์"
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลหลวงเหนือ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด โทรศัพท์ : 054-261401	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยผู้ป่วยเอดส์ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ พร้อมทั้งมีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลตำบลหลวงเหนือ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตัวเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ระยะเวลา 5 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
2. ตรวจสอบเอกสารผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ระยะเวลา 3 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
3. ตรวจสอบหลักฐานการรับลงทะเบียน (ระยะเวลา 3 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
4. ตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา 5 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
5. เยี่ยมบ้านตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ (ระยะเวลา 0.5 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
6. เสนอนายกเทศมนตรี ลงนามในคำสั่งรับหรือไม่รับขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา 1 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
7. นายกเทศมนตรี ลงนามในคำสั่งรับหรือไม่รับขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา 3 วัน)	นายกเทศมนตรีหลวงเหนือ

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
8.บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี่ยงชีพขององค์กรปกครองท้องถิ่น(ระยะเวลา 7 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
9.รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ระยะเวลา 30 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด

ระยะเวลา
ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 30 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
1.แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์	จำนวน 1 ฉบับ
2.บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา	จำนวน 1 ฉบับ
3.ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	จำนวน 1 ฉบับ
4.ใบรับรองแพทย์	จำนวน 1 ฉบับ
5.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา(กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วย เอดส์ประสงค์รับผ่านทางธนาคาร)	จำนวน 1 ฉบับ
6.สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประชาชนของผู้อุปการะ(กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนได้ด้วยตนเอง)	จำนวน 1 ฉบับ

ค่าธรรมเนียม
ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ เทศบาลตำบลหลวงเหนือ 054-261401 หรือ http://www.luangnuea.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่..... / 2563

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

เขียนที่..... เทศบาลตำบลหนองเหนือ

วันที่ 14 เดือน เมษายน พ.ศ. 2563

เรียน นายกเทศบาลตำบลหนองเหนือ

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ สมช่าม นามสกุล สมศรี
เกิดวันที่ 1 เดือน กันยายน พ.ศ. 2521 อายุ 41 ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่ 2 หมู่ที่ 6 ชุมชน ตรอก/ซอย
ถนน ตำบล หลวงเหนือ อำเภอ รวย จังหวัด ลำปาง
รหัสไปรษณีย์ 52110 โทรศัพท์ 054-261158

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เป็นเอดส์ที่ยื่นคำขอ 1 5 2 0 5 - 0 0 0 9 9 - 9 9 - 9

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอใ้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

- (/) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ซ้ำรูดทรุดโทรม (/) ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร
() เป็นของ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ไกลที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- (/) สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง 200 เมตร สามารถเดินทางได้

- (/) สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ไกลที่สุดเป็นระยะทาง 800 เมตรสามารถเดินทางได้

- (/) สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

- () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก..... มาประมาณ.....
(/) พักอาศัยกับ รวม 5 คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน 5 คน
มีรายได้รวม 5,000 บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

- มีรายได้รวม 5,000 บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้..... นอกเหนือให้
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า..... ในครอบครัว

บุคคลที่สามารถติดต่อได้..... นางสมศรี สมศรี..... สถานที่ติดต่อเลขที่..... 2
ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่ 6 ตำบล..... หลวงเหนือ
อำเภอ..... รวย จังหวัด..... ลำปาง..... รหัสไปรษณีย์..... 52110
โทรศัพท์ 089-999999 โทรสาร..... เกี่ยวข้องเป็น..... ภรรยา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าด้วยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

สมศักดิ์..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....นามสมศักดิ์ สมศรี.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่ เขตมาลตีตามลทงเหนือ

วันที่ 14 เดือน เมษายน พ.ศ. 2563

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลมาลตี

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ สมชาย นามสกุล สมศรี
เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ผู้เกษียณ ลำดับที่ 9 นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

บัญชีเงินฝากธนาคาร ธนาคารออมสิน

บัญชีเลขที่ 0522600009 ชื่อบัญชี นายสมชาย สมศรี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมชาย สมศรี)

งานที่ให้บริการ	การยื่นคำขอเพื่อขอรับการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลหลวงเหนือ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด โทรศัพท์ : 054-261401	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี พ.ศ. 2557 ผู้มีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทย เป็นผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ยากจนตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ไม่มีญาติ หรือมีแต่ไม่สามารถจัดการศพตามประเพณีได้ หรือเป็นผู้สูงอายุยากจนแต่ไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ให้นายกเทศมนตรี หรือประธานชุมชน เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง ผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการจัดการศพผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง ของผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม ในกรณีนี้ผู้สูงอายุไม่มีญาติ บุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการศพเป็นผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินค่าจัดการศพได้แก่ ผู้ให้การดูแล , ผู้นำชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ยื่นจะต้องยื่นเรื่องตามท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน หรือภูมิลำเนาที่ถึงแก่ความตาย ผู้ให้คำรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี หมายถึง นายอำเภอ หรือ พัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือนายกเทศมนตรี หรือประธานชุมชน โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกันและผู้รับผิดชอบจัดการศพต้องยื่นแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตร

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. ยื่นแบบคำขอขอรับการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ ตามประเพณี (ระยะเวลา 5 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
2. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารจากผู้ยื่นคำขอ (ระยะเวลา 5 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
3. ส่งเอกสารประกอบการยื่นเรื่องจัดส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ระยะเวลา 3 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด

ระยะเวลา

ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 7 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ**เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้**

1. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (แบบ สทส.01)	จำนวน 1 ฉบับ
2. แบบรับรองการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีของผู้สูงอายุ (แบบ สทส. 02)	จำนวน 1 ฉบับ
3. ใบมรณบัตร ฉบับจริง พร้อมสำเนา	จำนวน 1 ฉบับ
4. บัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอรับเงินฯ พร้อมสำเนา	จำนวน 1 ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ เทศบาลตำบลหลวงเหนือ 054-261401 หรือ <http://www.luangnuea.go.th>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม



แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ออกให้โดย วันออกบัตร

วันหมดอายุ อาชีพ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ

โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ

ของผู้สูงอายุที่ตาย ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ออกให้โดย วันออกบัตร

วันหมดอายุ อาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ตามใบมรณบัตรเลขที่ ออกให้โดย เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้นี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้มาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่ / /

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย วันออกบัตร วันหมดอายุ

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /



แบบรับรองการจัดการศพผู้สูงอายุ กรณีไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย
และผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ออกให้โดย

วันออกบัตร วันหมดอายุ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้สูงอายุที่ตายอยู่ในครัวเรือนยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)
กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา โดยได้ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุแล้วไม่ปรากฏรายชื่อ
อยู่ในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และผู้สูงอายุที่ตายอยู่ในครัวเรือนยากจน โดยมีรายได้ในครัวเรือนเฉลี่ยต่อปี
ตกเกณฑ์รายได้ข้อมูลความเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตายจริง

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ /..... /.....

หมายเหตุ : ผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตายเป็นผู้ที่อยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และไม่ได้รับ
การสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย รับรองโดย นายกเทศมนตรี หรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน
หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการสำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง
ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

งานที่ให้บริการ	การยื่นคำขอเพื่อขอรับการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด เทศบาลหลวงเหนือ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด โทรศัพท์ : 054-261401	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการยื่นคำขอ
ตามระเบียบกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ว่าด้วยการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีปัญหาเดือดร้อนที่เกิดขึ้นโดยปัจจุบันทันด่วน หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในเวลาอันใกล้ หรือจะต้องได้รับการแก้ไขโดยฉับพลันทันที เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาสังคมด้านอื่นตามมา รวมถึงเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนให้การสงเคราะห์ พัฒนาและฟื้นฟูให้การช่วยเหลือตนเองได้ โดยเป็นการให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นและเหมาะสมเป็นเงินหรือสิ่งของได้ไม่เกินสองพันบาทต่อครั้งต่อครอบครัว ในกรณีให้ความช่วยเหลือเป็นเงิน หรือสิ่งของเกินสองพันบาทต่อครั้งต่อครอบครัวให้อยู่ในดุลพินิจของปลัดกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์หรือผู้ว่าราชการจังหวัดแล้วแต่กรณี

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. ยื่นแบบคำขอรับการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางฉุกเฉิน (ระยะเวลา 5 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
2. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารจากผู้ยื่นคำขอ (ระยะเวลา 5 นาที)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
3. เยี่ยมบ้านประเมินสภาพปัญหา	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด
4. ส่งเอกสารประกอบการยื่นเรื่องจัดส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ระยะเวลา 3 วัน)	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด

ระยะเวลา

ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน 7 วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ**เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้**

1. แบบคำขอรับการช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน	จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน 1 ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ เทศบาลตำบลหลวงเหนือ 054-261401 หรือ <http://www.luangnuea.go.th>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

สำหรับ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ครั้งที่..... ปี

เลขที่แบบบันทึก..... วันที่รับเรื่อง.....

การเข้ารับบริการ Walk in ออกหน่วยเคลื่อนที่ สำรอง รับจากองค์กร/หน่วยงานภายนอก.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้สำรวจ/สอบข้อเท็จจริง..... ตำแหน่ง.....



รูปถ่าย

แบบบันทึกข้อมูลผู้ประสบปัญหาทางสังคม
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผู้ยื่นคำร้อง / ผู้แจ้งแทน (กรณีไม่สามารถยื่นคำร้องได้ด้วยตนเอง) / ผู้ยื่นคำขอ

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ..... นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน ----

กรณีไม่มีบัตรประชาชนเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง

ความสัมพันธ์กับผู้ประสบปัญหา..... ระดับการศึกษาสูงสุด.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตรอก.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....

e-Mail.....

ประวัติผู้ประสบปัญหาทางสังคม

กรณีบุคคลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ..... นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน ----

กรณีไม่มีบัตรประชาชนเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

กรณีเด็ก

คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ..... นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน ----

กรณีไม่มีบัตรประชาชนเนื่องจาก.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

กรณี เด็ก กรอกข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

บิดา ชื่อ..... นามสกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

มารดา ชื่อ..... นามสกุล..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

ความสัมพันธ์ของผู้อุปการะ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ไม่มีความสัมพันธ์ อื่นๆ.....

สาเหตุของการอุปการะ บิดา ทอดทิ้ง เสียชีวิต ต้องโทษจำคุก อื่นๆ ระบุ.....

มารดา ทอดทิ้ง เสียชีวิต ต้องโทษจำคุก อื่นๆ ระบุ.....

กรณียื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี	
<p>ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ตายในฐานะเป็น..... และเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุ โดยได้รับความยินยอมจากบิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง/เครือญาติ/ของผู้สูงอายุที่ตายให้เป็น ผู้รับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพของผู้สูงอายุที่ตาย (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....) ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน <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"/><input type="text"/>-<input type="text"/> กรณีไม่มีเนื่องจาก..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ตามใบมรณบัตรเลขที่..... ออกให้โดย..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพ ผู้สูงอายุนี้นมาก่อน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย</p>	
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	
<p>พิกัด GPS : ละติจูด..... ลองจิจูด..... ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน <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"/> บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....</p>	
ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	
<p>(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ขอให้ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> และข้ามไปกรอกข้อมูลติดต่อผ่านชื่อและเบอร์โทรศัพท์)</p> <p><input type="radio"/> บ้านตนเอง <input type="radio"/> อาศัยผู้อื่นอยู่ <input type="radio"/> อาศัยอยู่กับญาติ <input type="radio"/> บ้านเช่า <input type="radio"/> อยู่กับผู้จ้าง <input type="radio"/> ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง</p> <p>พิกัด GPS : ละติจูด..... ลองจิจูด..... ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน <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"/> บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... ติดต่อผ่านชื่อ..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....</p>	

สภาพที่อยู่อาศัย

มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมั่นคงถาวร มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองแต่ไม่มั่นคงถาวร อาศัยอยู่กับผู้อื่น

อยู่ในที่ดินบุคคลอื่น บ้านเช่า พื้นที่ดินสาธารณะ

ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้น ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส./อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ

- ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน นักเรียน/นักศึกษา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ภิกษุ/สามเณร/แม่ชี
 เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) รับจ้าง ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท อื่นๆ ระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

หนี้สินในระบบ.....บาท

หนี้สินนอกระบบ.....บาท

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาทต่อเดือน

สมาชิกในครอบครัว (ไม่รวมผู้ประสบปัญหาทางสังคมและต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น)

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	คำนำหน้า ชื่อ - สกุล	ว/ด/ป เกิด	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์ กับผู้ประสบ ปัญหา	อาชีพ	รายได้ ต่อวัน/ต่อเดือน/ ต่อปี	สภาพทางร่างกาย (✓)			ช่วยเหลือ ตนเอง(✓)		ระดับ การศึกษา สูงสุด
									ปกติ	พิการ	ป่วย เรื้อรัง	ได้	ไม่ได้	

ประเภทผู้ขอรับบริการ

- ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน ยากจน เร่ร่อน ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ตกอยู่ในกระบวนการค้ามนุษย์
 ประสบภัยพิบัติ ขอรับอุปการะเด็ก ขอรับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ
 ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด ประชาชนในพื้นที่นิคมสร้างตนเอง ประชาชนบนพื้นที่สูง
 พิการ
 ยังไม่เคยจดทะเบียนคนพิการ
 จดทะเบียนคนพิการ เมื่อวันที่.....วันหมดอายุ.....จังหวัดที่จดทะเบียน.....
 ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ ทางอหิสติก

สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)

- ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง ไม่มีทุนประกอบอาชีพ รายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ
 ไม่มีงานทำ ถูกเลิกจ้าง/นายจ้างเอาเปรียบ มีหนี้สิน
 ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ไม่มีทุนการศึกษา
 ขาดโอกาสทางการศึกษา เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
 ครอบครัวแตกแยก ตั้งครรภ์นอกสมรส
 ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก/คนพิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ติดเชื้อเอดส์/ผู้ติดยาเสพติด)
 ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้ ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษ
 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน เคยต้องโทษ/ประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม
 ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ : ภัยหนาว ภัยแล้ง อุทกภัย วาตภัย อื่นๆ ระบุ.....
 เป็นโรคร้ายแรง/ป่วยเรื้อรัง ติดยาเสพติด

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ยากจน (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)			
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ขอดาน	<input type="checkbox"/> เร่ร่อน	<input type="checkbox"/> ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร
<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	
<input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง/ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง
<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษาตามเกณฑ์	<input type="checkbox"/> ขาดโอกาสทางการศึกษา	
<input type="checkbox"/> เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> มีบุตรมาก	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้	
<input type="checkbox"/> เด็กอยู่ในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส	<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม
<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)			
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม		
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากการที่คนในครอบครัวต้องโทษจำคุก	<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน		
<input type="checkbox"/> เคยต้องโทษและประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม			
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ : <input type="checkbox"/> ภัยหนาว <input type="checkbox"/> ภัยแล้ง <input type="checkbox"/> อุทกภัย <input type="checkbox"/> วาตภัย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
<input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ติดยาเสพติด	<input type="checkbox"/> หลงลืมชราภาพ	
<input type="checkbox"/> ขาดเงินจัดการศพผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> พันโทษ	<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัว	
<input type="checkbox"/> ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา (ตอบแบบสัมภาษณ์คนไทยผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม)			
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : เร่ร่อน (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)			
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ขอดาน	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> พลัดหลง
<input type="checkbox"/> เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	
<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> พ่อแม่แยกทาง	
<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)		
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม		
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บเรื้อรัง		
<input type="checkbox"/> ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยเอชไอวี	<input type="checkbox"/> ติดยาเสพติด	<input type="checkbox"/> หลงลืมชราภาพ	
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ติดเชื้อ HIV / ผู้ป่วยเอชไอวี (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)			
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	
<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	<input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง/ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ	
<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	
<input type="checkbox"/> เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้	<input type="checkbox"/> เด็กอยู่ในครอบครัวยากจน	
<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด)		
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง		
<input type="checkbox"/> ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยเอชไอวี			
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)			
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	
<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	
<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> ขาดโอกาสทางการศึกษา	
<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> พ่อแม่แยกทาง	<input type="checkbox"/> กำพรว้า	
<input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบโรคเอดส์		

สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ (ต่อ)		
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ตกอยู่ในกระบวนการค้ามนุษย์ (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับความเป็นธรรม
<input type="checkbox"/> ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับให้ประพฤติดังกฎหมาย	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับค้าประเวณี
<input type="checkbox"/> ถูกละเมิดทางเพศ/ข่มขืน	<input type="checkbox"/> ถูกล่อลวง	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับข่มขืนทางจิตใจ
<input type="checkbox"/> ถูกบังคับใช้แรงงาน	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับขอราน	<input type="checkbox"/> ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์อื่นๆ
<input type="checkbox"/> ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา		
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ประสบภัยพิบัติ (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน
<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา
<input type="checkbox"/> กำพร้า	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื่อเฮดส์ ผู้ติดยาเสพติด)	
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรง		
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ : <input type="checkbox"/> ภัยหนาว <input type="checkbox"/> ภัยแล้ง <input type="checkbox"/> อุทกภัย <input type="checkbox"/> วาดภัย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
<input type="checkbox"/> ได้รับผลกระทบจากมลภาวะ/สภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> ประสบปัญหาจากจังหวัดชายแดนภาคใต้	
<input type="checkbox"/> ขาดเงินจัดการศพผู้สูงอายุ		
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ขอรับอุปการะเด็ก (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> ขอบุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> ครอบครัวอุปถัมภ์	
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ขอรับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับความเป็นธรรม
<input type="checkbox"/> ถูกทารุณกรรม/กักขัง/หน่วงเหนี่ยว	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับให้ประพฤติดังกฎหมาย	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับค้าประเวณี
<input type="checkbox"/> ถูกละเมิดทางเพศ/ข่มขืน	<input type="checkbox"/> ถูกล่อลวง	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับข่มขืนทางจิตใจ
<input type="checkbox"/> ถูกบังคับใช้แรงงาน	<input type="checkbox"/> ถูกบังคับขอราน	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส	<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> กำพร้า
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ติดยาเสพติด	<input type="checkbox"/> หลงลืมชราภาพ
<input type="checkbox"/> ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว		
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : ผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีงานทำ
<input type="checkbox"/> ถูกเลิกจ้าง/ถูกนายจ้างเอารัดเอาเปรียบ	<input type="checkbox"/> มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
<input type="checkbox"/> ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง	<input type="checkbox"/> ไม่มีทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> ขาดโอกาสทางการศึกษา
<input type="checkbox"/> เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> มีบุตรมาก	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้
<input type="checkbox"/> เด็กอยู่ในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> ครอบครัวแตกแยก	<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกสมรส
<input type="checkbox"/> เลี้ยงดูไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาระเลี้ยงดูผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื่อเฮดส์ ผู้ติดยาเสพติด)	
<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลไม่สามารถอุปการะเลี้ยงดูได้	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/> เคยต้องโทษและประสบปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม	<input type="checkbox"/> ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง	
<input type="checkbox"/> ติดยาเสพติด	<input type="checkbox"/> ไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับภูมิลำเนา	

สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ (ต่อ)		
สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ : พิการ (เลือกตอบได้ มากกว่า 1 รายการ)		
<input type="checkbox"/> ไม่มีที่อยู่อาศัย	<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
<input type="checkbox"/> ถูกรังเกียจเหยียดหยาม	<input type="checkbox"/> ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ	<input type="checkbox"/> ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
<input type="checkbox"/> ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ	<input type="checkbox"/> ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู	<input type="checkbox"/> มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการรักษายาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม	
<input type="checkbox"/> ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน	<input type="checkbox"/> เงินไม่พอใช้จ่าย	

ความช่วยเหลือที่ต้องการ		
สำหรับทุกประเภทผู้ขอรับบริการ ยกเว้นประเภทพิการ (เลือกได้ 3 รายการ โดยใส่ตัวเลข 1, 2, 3 ใน <input type="checkbox"/> ตามลำดับสิ่งที่ต้องการจากมากไปน้อย)		
ด้านเงิน		
<input type="checkbox"/> เงินทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
<input type="checkbox"/> เงินทุนการศึกษา	<input type="checkbox"/> เงินค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล	<input type="checkbox"/> เงินค่าเดินทางกลับภูมิลำเนา
<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุ (กรณารอกเอกสารเพิ่มเติม หน้าที่ 13)	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์คนพิการ	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษายาบาล	<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์คนพิการ	
<input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและคนไร้ที่พึ่ง	<input type="checkbox"/> เงินอุดหนุนช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวอุปถัมภ์	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ		
ด้านสิ่งของ		
<input type="checkbox"/> อุปกรณ์การศึกษา	<input type="checkbox"/> อาหาร	<input type="checkbox"/> เครื่องนุ่งห่ม
<input type="checkbox"/> นมผงสำหรับเด็ก	<input type="checkbox"/> ยารักษาโรค	<input type="checkbox"/> เครื่องอุปโภคและบริโภค
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ		
ความช่วยเหลืออื่นๆ		
<input type="checkbox"/> ส่งไปทำกายภาพบำบัด	<input type="checkbox"/> ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด	<input type="checkbox"/> ติดตามหาญาติ
<input type="checkbox"/> รับเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง	<input type="checkbox"/> ขอบุตรบุญธรรม	<input type="checkbox"/> ขออนุมัติเป็นครอบครัวอุปถัมภ์
<input type="checkbox"/> ส่งเข้าฝึกอาชีพ	<input type="checkbox"/> จัดหาอาชีพ	<input type="checkbox"/> จัดหาที่อยู่อาศัย/ที่พำนัก
<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ	<input type="checkbox"/> ซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ให้คำปรึกษา/แนะนำ
<input type="checkbox"/> ส่งกลับภูมิลำเนา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	

ความช่วยเหลือที่ต้องการ (ต่อ)

สำหรับประเภทพิการ เท่านั้น (เลือกได้ 3 รายการ โดยใส่ตัวเลข 1, 2, 3 ใน ตามลำดับสิ่งที่ต้องการจากมากไปน้อย)

..... จิตบำบัด เงินทุนประกอบอาชีพ กายภาพบำบัดรักษาพยาบาล

..... รักษาพยาบาล ฝึกการได้ยิน/ฟัง แก๊ซการพูด ส่งเข้าทำงาน

..... กิจกรรมบำบัด (ฝึกอาชีพ) ล่ามภาษามือ จัดหาสถานศึกษา เงินสงเคราะห์คนพิการในครอบครัว

..... ค่าใช้จ่ายในการศึกษา สื่ออุปกรณ์พิเศษทางการศึกษา เบี้ยยังชีพสำหรับคนพิการ

..... จัดหาผู้ดูแลคนพิการ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ให้คำปรึกษาแนะนำ

..... เครื่องช่วยความพิการ :

..... แวนตาดำ แวนสายตา ตาเทียม/เปลี่ยนแก้วตา ไม่เท่าตาบอด

..... เครื่องช่วยฟัง เรือนภาษามือ ศัลยกรรม

..... กายอุปกรณ์ :

..... รถโยก รถเข็น ไม้ค้ำยัน Walker

..... ขาเทียม อุปกรณ์อื่นๆ.....

..... อื่นๆ ระบุ

การรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่นๆ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ/
ผู้ยื่นคำร้องแทน/ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ลงวันที่.....

การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลในบัตรประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้แก่หน่วยงานของรัฐและยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถามและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจัดสรรสวัสดิการและหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามกฎหมายของรัฐ และหรือเพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ถือว่าคู่ฉบับและบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือโทรสารที่ ทำขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้าเช่นเดียวกัน

ยินยอม ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับเรื่อง/
(.....) (.....) สอบข้อเท็จจริง

ลงวันที่..... ลงวันที่.....

ผลการสอบข้อเท็จจริง

1. การตรวจเยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่ ชื่อ-สกุล ผู้เยี่ยมบ้าน..... ตำแหน่ง

หน่วยงาน.....

สถานที่ตรวจเยี่ยม ที่พักอาศัย โรงพยาบาล สถานีตำรวจ เรือนจำ อื่นๆ ระบุ

สภาพที่อยู่อาศัย

.....
.....
.....
.....

สภาพปัญหาความเดือดร้อน

.....
.....
.....
.....

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์ หรือ เจ้าหน้าที่ผู้สอบข้อเท็จจริง หรือ เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

.....
.....
.....
.....

2. สิทธิสวัสดิการที่เคยได้รับ

1. ไม่เคย

2. เคย อะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 2.1 เงินสงเคราะห์ 2.2 เงินทุนประกอบอาชีพ 2.3 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- 2.4 เบี้ยความพิการ 2.5 เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- 2.6 สวัสดิการที่ได้จากการลงทะเบียนโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 2.7 เงินซ่อมแซมบ้าน 2.8 สวัสดิการภาครัฐ
- 2.9 สวัสดิการภาคเอกชน 2.10 เงินกู้ 2.11 เครื่องช่วยความพิการ
- 2.12 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้สอบข้อเท็จจริง/
ผู้ตรวจเยี่ยมบ้าน
(.....)
.....ตำแหน่ง
ลงวันที่.....ตรวจเยี่ยมบ้าน

หมายเหตุ: ผู้เยี่ยมบ้าน หมายถึง เจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครของหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายหรือได้รับคำขอนี้

ส่วนนี้ สำหรับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เท่านั้น

ผลการให้ความช่วยเหลือ
ผลการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ คณะกรรมการพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคม
<input type="radio"/> เห็นชอบ (ปกติ) <input type="radio"/> ทราบ (เร่งด่วน) วันที่ประชุมคณะกรรมการฯ.....
1. การช่วยเหลือตามภารกิจ
1.1 ด้านเงิน
● สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (สป.)
<input type="radio"/> เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน รายการให้ความช่วยเหลือ : <input type="checkbox"/> ค่าเครื่องอุปโภคบริโภคและหรือค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา <input type="checkbox"/> เงินทุนประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัยเท่าที่จำเป็น <input type="checkbox"/> ค่าช่วยเหลือระหว่างเกิดภัยพิบัติ <input type="checkbox"/> เงินค่าส่งตัวผู้รับการสงเคราะห์กลับภูมิลำเนาเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... กรุณาระบุจำนวนเงินบาท
● กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (พส.)
<input type="radio"/> เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง รายการให้ความช่วยเหลือ : <input type="checkbox"/> ค่าเครื่องอุปโภคบริโภคและหรือค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัยเท่าที่จำเป็น <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือเงินทุนประกอบอาชีพ รวมถึงการรวมกลุ่ม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<input type="radio"/> เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว รายการให้ความช่วยเหลือ : <input type="checkbox"/> ค่าเครื่องอุปโภคบริโภคและหรือค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ค่าซ่อมแซมที่อยู่อาศัยเท่าที่จำเป็น <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือเงินทุนประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<input type="radio"/> เงินทุนประกอบอาชีพแก่สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอชไอวี รายการให้ความช่วยเหลือ : <input type="checkbox"/> เงินทุนประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<input type="radio"/> เงินอุดหนุนสงเคราะห์คนไทยตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม รายการให้ความช่วยเหลือ : <input type="checkbox"/> ค่าอาหารระหว่างรอรับการช่วยเหลือและระหว่างเดินทางกลับ <input type="checkbox"/> ค่าพาหนะ <input type="checkbox"/> ค่าเช่าที่พัก <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
<input type="radio"/> เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือชาวเขาด้านสังคมสงเคราะห์ รายการให้ความช่วยเหลือ : <input type="checkbox"/> ค่าเครื่องอุปโภคบริโภคและหรือค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ค่าวัสดุที่พักชั่วคราวและ/หรือค่าซ่อมที่อยู่อาศัยเท่าที่จำเป็น <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือเงินทุนประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... หมายเหตุ : ค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์การรักษา ค่าอาหารที่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของทางราชการสั่ง รวมถึงค่าพาหนะ ค่าอาหารระหว่างติดต่อดูแลรักษาพยาบาลเท่าที่จำเป็น เว้นแต่ในกรณีที่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น อ้างอิง ตามแนวทางและมาตรการจ่ายเงินอุดหนุน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (พส.) มีนาคม 2561 กรุณาระบุจำนวนเงินบาท

1.1 ด้านเงิน (ต่อ)

● กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (สค.)

..... เงินอุดหนุนค่าแรงงานสตรี (วันละ 50บาท/วัน รวม 60 วัน รวม 3,000 บาท/คน)

..... เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ครอบครัว (โครงการสร้างชีวิตใหม่ให้สตรีและครอบครัว) ครอบครัวละ 1,000 บาท

..... เงินอุดหนุนสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อการจัดสวัสดิการและพัฒนาอาชีพ (โครงการสนับสนุนการรวมกลุ่มประกอบอาชีพ 110 วัน) (วันละ 50บาท/คน/วัน จำนวน 110 วัน รวม 5,500 บาท (สมาชิกกลุ่มประมาณ 20 - 30 คน)

..... เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม (ครอบครัวสตรีที่ประสบปัญหาทางสังคม เช่น สตรีที่เข้าฝึกอบรมในศูนย์เรียนรู้ ครอบครัวทั่วไปในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์เรียนรู้ ผู้ประสบปัญหาภัยพิบัติ เช่น น้ำท่วม วาดภัย อัคคี ฯลฯ ครัวเรือนละ 1,000 - 3,000 บาท

รายการให้ความช่วยเหลือ : ค่าช่วยเหลือระหว่างเกิดภัยพิบัติ
 ค่าเครื่องอุปโภคบริโภค/ค่าใช้จ่ายในการครองชีพตามความจำเป็น
 อื่น ๆ.....

กรุณาระบุจำนวนเงินบาท

● กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.)

..... เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

รายการให้ความช่วยเหลือ : เงินค่ากายอุปกรณ์สำหรับช่วยคนพิการ

กรุณาระบุจำนวนเงินบาท

● กรมกิจการเด็กและเยาวชน (ดย.)

..... เงินอุดหนุนช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวอุปถัมภ์

รายการให้ความช่วยเหลือ :

..... เงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน

รายการให้ความช่วยเหลือ :

กรุณาระบุจำนวนเงินบาท

● กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.)

..... เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก

รายการให้ความช่วยเหลือ : เงินสงเคราะห์ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม

..... เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน

รายการให้ความช่วยเหลือ : เงินค่าจัดการศพผู้สูงอายุ

กรุณาระบุจำนวนเงินบาท

รายละเอียดสำหรับการจ่ายเงิน เท่านั้น

1. โอนเข้าบัญชีธนาคาร KTB Corporate Online โอนเข้าบัญชี พร้อมเพย์ (Prompt Pay) e-Payment

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับเงิน.....

เลขที่บัตรประชาชน --- เบอร์โทรศัพท์.....

เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร..... สาขา.....

2. การรับเงิน รับด้วยตนเอง ผู้รับแทน / มอบอำนาจรับแทน

เงินสด เช็ค เลขที่..... ธนาคาร.....

หากมีการรับแทน โปรดระบุเลขที่บัตรประชาชนผู้รับแทน ---

ชื่อ..... นามสกุล..... (ผู้รับแทน)

เบอร์โทรติดต่อ.....

1.2 ช่วยเหลือด้านสิ่งของ

รายการ	มูลค่า (บาท)
..... อุปกรณ์การศึกษา	
..... อาหาร	
..... เครื่องนุ่งห่ม	
..... ยารักษาโรค	
..... นมผงสำหรับเด็ก	
..... เครื่องอุปโภคและบริโภค	
..... เครื่องช่วยความพิการ	
<input type="checkbox"/> แวนตาต้า	
<input type="checkbox"/> แวนสายตา	
<input type="checkbox"/> ตาเทียม/เปลี่ยนแก้วตา	
<input type="checkbox"/> ไม้เท้าตาบอด	
<input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง	
<input type="checkbox"/> เรียนภาษามือ	
<input type="checkbox"/> ศัลยกรรม	
<input type="checkbox"/> กายอุปกรณ์	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
..... อื่นๆ ระบุ.....	
รวม	

หมวดเงินที่ใช้ในการจัดหาสิ่งของหรืออุปกรณ์

- เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน
- เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื่อเอดส์และครอบครัว
- เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ด้านเงินทุนประกอบอาชีพ
- เงินอุดหนุนสงเคราะห์คนไทยตกทุกข์ได้ยากในประเทศกลับภูมิลำเนาเดิม
- เงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือชาวเขาด้านสังคมสงเคราะห์
- เงินอุดหนุนค่าแรงงานสตรี เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์ครอบครัว
- เงินอุดหนุนสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อการจัดสวัสดิการและพัฒนาอาชีพ
- เงินอุดหนุนเงินสงเคราะห์สตรีหรือครอบครัวที่ประสบปัญหาทางสังคม
- เงินสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
- เงินอุดหนุนช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวอุปถัมภ์ เงินสงเคราะห์เด็กในครอบครัวยากจน
- เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน

รายละเอียดสำหรับการรับสิ่งของ

- รับด้วยตนเอง
- ผู้รับแทน เลขที่บัตรประชาชน ---

ชื่อ.....นามสกุล.....

1.3 ประสานส่งต่อไปยังหน่วยงาน ชื่อหน่วยงานจังหวัด.....

- ส่งไปทำกายภาพบำบัด ส่งเข้ารับการรักษา/บำบัด ส่งเข้าสถานสงเคราะห์/สถานคุ้มครอง
- ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์ ส่งเข้าฝึกอบรม/อาชีพ จัดทำอาชีพ
- อื่นๆ ระบุ.....

1.4 ช่วยเหลือด้านอื่นๆ

- ให้คำปรึกษา/แนะนำ ช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย/คุ้มครองสิทธิ์ ติดตามหาญาติ
- ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน อื่นๆ ระบุ

..... ระบุความช่วยเหลือ เนื่องจาก

.....

.....

2. การบูรณาการความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยอื่น

หน่วยงานภายใน พม.

- ดย. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- พก. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- พส. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- ผส. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- สค. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- กคช. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....
- พอช. หน่วยงาน..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงาน/องค์กร ภายนอก

- เหล่ากาชาดอำเภอ/จังหวัด..... เงิน..... สิ่งของ ระบุ.....
- อบต./เทศบาล/อำเภอ..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- มูลนิธิ/องค์กร/เครือข่าย..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- หน่วยงานรัฐในพื้นที่ ระบุ..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- สำนักงานองคมนตรี..... เงิน..... อื่นๆ ระบุ.....
- เงินบริจาค/ช่วยเหลือจากบุคคลทั่วไป จำนวน..... บาท

ลงชื่อ.....ผู้วินิจฉัยให้การช่วยเหลือ
(.....)

ตำแหน่ง.....เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : ผู้วินิจฉัยให้การช่วยเหลือ ได้แก่

(๑) ผู้ซึ่งระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนั้น กำหนดให้เป็นผู้วินิจฉัยในการช่วยเหลือ หรือ

(๒) นักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในความควบคุมของนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์รับอนุญาต หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนราชการเจ้าของเงินอุดหนุน

สำหรับกรณียื่นขอรับเงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

ข้อมูลผู้ให้การรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี

เขียนที่

วัน เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย วันออกบัตร วันหมดอายุ

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอรับรองว่าผู้ยื่นคำขอดังกล่าวเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุรายนี้จริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

กรณีไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย แต่ผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) ตำแหน่ง

สังกัดหน่วยงาน อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ออกให้โดย

วันออกบัตร วันหมดอายุ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้สูงอายุที่ตายอยู่ในครัวเรือนยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา โดยได้ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุแล้วไม่ปรากฏรายชื่ออยู่ในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และผู้สูงอายุที่ตายอยู่ในครัวเรือนยากจน โดยมีรายได้ในครัวเรือนเฉลี่ยต่อปี ตกเกณฑ์รายได้ข้อมูลความเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตายจริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ / /

หมายเหตุ : ผู้ให้การรับรองผู้สูงอายุที่ตายเป็นผู้ที่อยู่ในครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในปีที่ตาย รับรองโดย นายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการสำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา โดยผู้ยื่นคำขอและผู้รับรอง ต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน

แบบสัมภาษณ์คนไทยผู้ตกทุกข์ได้ยากกลับภูมิลำเนาเดิม

ภายในประเทศ

ปัญหาความเดือดร้อน

- เดินทางมาทำงานทำ
- ถูกเลิกจ้าง ทำงานแล้วไม่ได้รับค่าจ้าง
- ถูกล่อลวง
- เดินทางมาหาผู้สมรส,ญาติ
- เดินทางมารับการรักษาพยาบาล
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับภูมิลำเนา

- ต้องการฝึกอาชีพ
- ต้องการค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาบุตร
- ต้องการเงินทุนประกอบอาชีพ
- อื่น ๆ (ระบุ)

ภายนอกประเทศ

จากประเทศเดินทางกลับถึงประเทศไทยวันที่ โดยเที่ยวบิน

ภูมิหลังของผู้รับการช่วยเหลือ

เดินทางไปต่างประเทศเมื่อวันที่เดือน พ.ศ. สถานที่ทำงาน/พักอาศัย

จุดประสงค์ที่เดินทางไป เสียค่านายหน้า.....บาท ถูกจับเมื่อวันที่

ผู้จัดส่ง (นาย/นาง/นางสาว/บริษัท)

สาเหตุที่เดินทางกลับ

ข้อมูลประกอบการพิจารณา

ค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับภูมิลำเนา

ค่ารถโดยสารประจำทาง/รถไฟชั้น 3 จากกรุงเทพฯ -เป็นเงิน.....บาท

ค่าต่อรถ - บ้านพักเป็นเงิน.....บาท

ค่าอาหารระหว่างเดินทาง.....คน.....วันๆ ละ.....บาท.....เป็นเงิน.....บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ขวดนม นมผง ยาสีฟัน รองเท้าแตะ ฯ).....เป็นเงิน.....บาท

เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

เห็นควรสงเคราะห์ค่าพาหนะและค่าอาหารในการเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....

แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับความช่วยเหลือ
(.....)

โทรศัพท์

ลงชื่อ.....นักสังคมสงเคราะห์/เจ้าหน้าที่
(.....)

โทรศัพท์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



คู่มือการปฏิบัติงาน

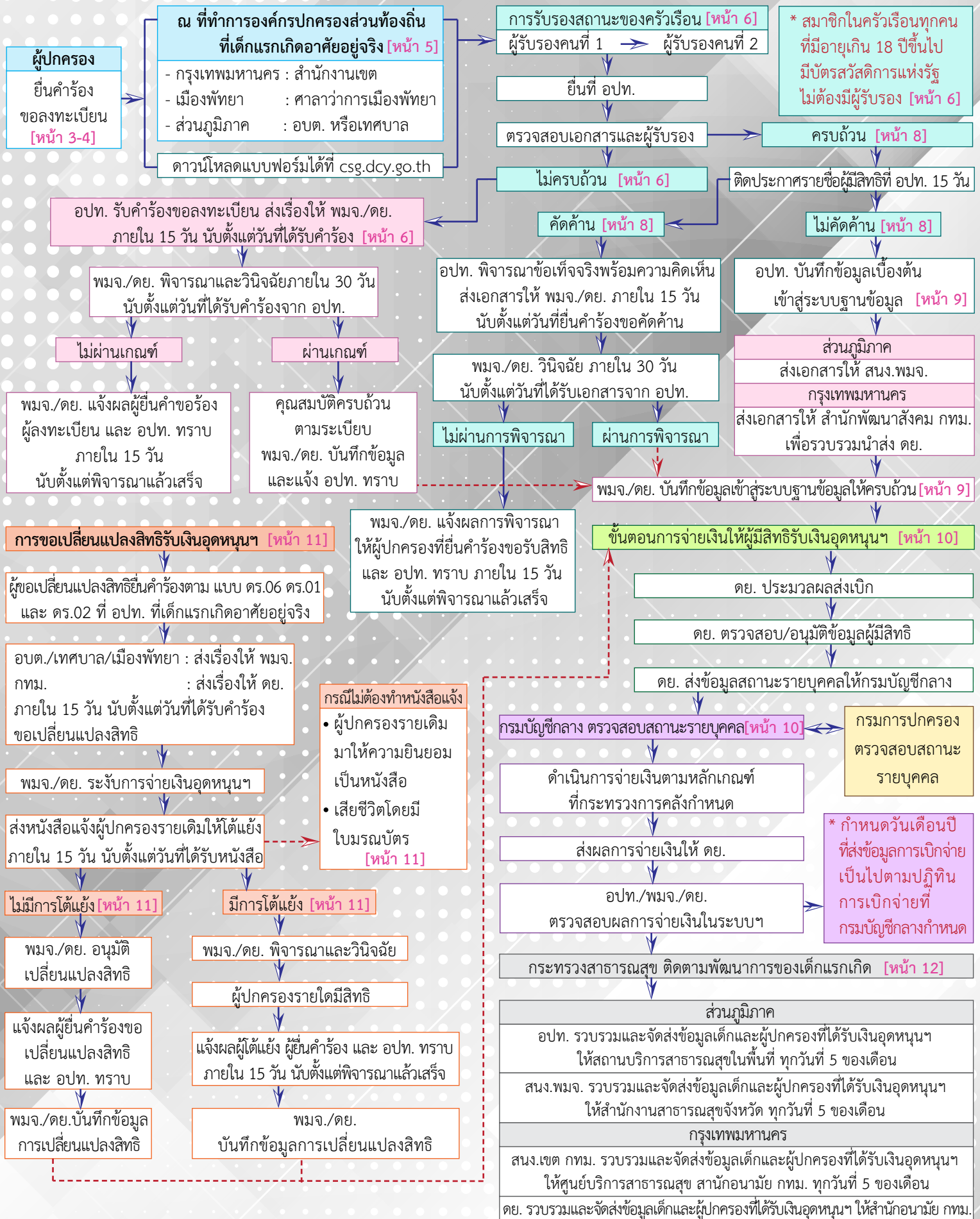
โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ตามมติคณะรัฐมนตรี 26 มีนาคม 2562



กรมกิจการเด็กและเยาวชน
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผังกระบวนการงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด



- คตร. หมายถึง ศูนย์ปฏิบัติการโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
- ดย. หมายถึง กรมกิจการเด็กและเยาวชน
- สนง.พมจ. หมายถึง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
- อปท. หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล/เมืองพัทยา/สำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร
- กทม. หมายถึง สำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร
- อสส. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุข
- อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน/ชุมชนเมืองพัทยา
- อพม. หมายถึง อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์



แบบคำร้องขอลงทะเบียน
เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ

หน่วยงานรับลงทะเบียน.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลผู้ลงทะเบียน เป็นผู้ลงทะเบียนตามโครงการเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ
- 1.1 บิดา มารดา ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็กแรกเกิด ระบุ.....
- 1.2 เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว.....
- 1.3 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 1.4 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี
- 1.5 สัญชาติ.....
- 1.6 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์บ้าน - - โทรศัพท์มือถือ -
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน ใช้ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... อาคาร/ตึก..... ชั้น..... เลขที่ห้อง..... หมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
- โทรศัพท์บ้าน - - โทรศัพท์มือถือ -
- 1.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 1.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา.....
 จบการศึกษา (สูงสุด).....

2. ข้อมูลเด็ก (ตามสูติบัตร)

- 2.1 ชื่อ - นามสกุล เด็กชาย เด็กหญิง.....
- 2.2 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 2.3 เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....
- ข้อมูลมารดา
- 2.4 เด็กหญิง นาง นางสาว.....
- 2.5 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 2.6 อายุ.....ปี 2.7 สัญชาติ.....
- 2.8 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.9 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา..... จบการศึกษา (สูงสุด).....

ข้อมูลบิดา

- ไม่ปรากฏบิดา
- 2.10 เด็กชาย นาย.....
- 2.11 เลขประจำตัวประชาชน - - - -
- 2.12 อายุ.....ปี 2.13 สัญชาติ.....
- 2.14 อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
- 2.15 การศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา กำลังศึกษา..... จบการศึกษา (สูงสุด).....

3. ช่องทางการรับเงินอุดหนุน (เลือกเพียง 1 ธนาคาร)

- ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
- ธนาคาร ธ.ก.ส. ประเภทบัญชี ออมทรัพย์
- ธนาคารออมสิน ประเภทบัญชีเงินฝากเพื่อเรียกชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

4. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- 4.1 แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- 4.2 แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- 4.3 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- 4.4 สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- 4.5 สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
- 4.6 สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
- 4.7 หนังสือรับรองรายได้หรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่มีรายได้ประจำเป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัท) จำนวน.....ใบ
- 4.8 สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ได้ยื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ยินยอมให้นำข้อมูลในบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อตรวจสอบสถานะบุคคลในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ข้อมูลทางการเงินและทรัพย์สิน หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินในส่วนที่รับไปโดยไม่มีสิทธิ หรือยินยอมให้หักจากสวัสดิการอื่น หรือหักจากบัญชีเงินฝากธนาคารของข้าพเจ้าได้ ในกรณีนี้ข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ).....ผู้ลงทะเบียน (ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน
(.....)

วันที่ลงทะเบียน..... ตำแหน่ง.....
วันที่ลงทะเบียน.....

.....ตัดตามรอยปรุ.....

หมายเหตุ : สำหรับเก็บไว้เป็นหลักฐานเพื่อยืนยันการลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

1. หน่วยงานรับลงทะเบียน.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

1.1 ชื่อ-นามสกุล ผู้ลงทะเบียน.....

1.2 เลขประจำตัวประชาชน - - - -

1.3 ชื่อ - นามสกุล เด็กแรกเกิด เด็กชาย เด็กหญิง.....

1.4 เลขประจำตัวประชาชน - - - -

2. ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

- แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ดร.01)
- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปกครอง
- สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด
- สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เฉพาะหน้าที่ปรากฏชื่อหญิงตั้งครรภ์)
ในกรณีที่สมุดสูญหายให้ใช้สำเนาหน้า 1 ประวัติหญิงตั้งครรภ์พร้อมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูล และรับรองสำเนา
- สำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากของผู้ที่จะรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
- หนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือน (ของทุกคนที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท หรือผู้มีรายได้ประจำ) จำนวน.....ใบ
- สำเนาเอกสาร หรือบัตรข้าราชการเจ้าหน้าที่ของรัฐ บัตรแสดงสถานะหรือตำแหน่งหรือเอกสารอื่นใด ของผู้รับรองคนที่ 1 และผู้รับรองคนที่ 2

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน
(.....)



แบบรับรองสถานะของครัวเรือน
ตารางแสดงจำนวนสมาชิกและรายได้ของครัวเรือน

ส่วนที่ 1 : ผู้ลงทะเบียน

ข้อมูลสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริงของผู้ลงทะเบียน

(กรณีต่างค้ำที่มีบัตรประจำตัวซึ่งไม่มีสัญชาติไทย) สามารถกรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มได้

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์ กับเด็ก	อาชีพ	รายได้/เดือน	บัตรสวัสดิการ แห่งรัฐ	
							มี	ไม่มี

จำนวนสมาชิกของครัวเรือนทั้งหมด.....คน (นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

รายได้รวมของครัวเรือน.....บาท/ปี รายได้เฉลี่ยสมาชิกของครัวเรือน.....บาท/คน/ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายชื่อที่ปรากฏข้างต้น เป็นสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วัน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสถานะของครัวเรือนของข้าพเจ้าเมื่อคำนวณแล้วมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และยินยอมให้หน่วยงานของรัฐร้องขอ สอบถาม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ในบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมภาพใบหน้าของข้าพเจ้า หากข้อมูลข้างต้นไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ระงับสวัสดิการและประโยชน์อื่น ๆ รวมทั้งคืนเงินที่ได้รับ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

วันที่ลงทะเบียน.....

- หมายเหตุ : 1) รายได้เฉลี่ยคำนวณจากรายได้รวมของครัวเรือนหารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้น โดยนับรวมรายได้ในรอบปีของสมาชิกทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนแห่งนั้นติดต่อกันมาไม่น้อยกว่า 180 วันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้นับรวมเด็กแรกเกิดด้วย ซึ่งสมาชิกของครัวเรือนมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติโดยสายโลหิต หรืออยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา หรือด้วยเหตุอื่นตามกฎหมาย แต่ไม่นับรวมผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างหรือผู้ซึ่งได้อนุญาตให้อยู่อาศัยด้วย
- 2) กรณีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ พนักงานบริษัท ผู้มีรายได้ประจำ ให้แนบหนังสือรับรองเงินเดือนหรือใบรับรองเงินเดือนของผู้มีรายได้ประจำ ด้วยทุกคน
- 3) กรณีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐทุกคน ไม่ต้องมีผู้รับรองสถานะของครัวเรือน

ส่วนที่ 2 : ผู้รับรอง

ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน
โทรศัพท์.....
<input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น
<input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....
(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 1 : อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมืองพัทยา อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร คณะกรรมการชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งนั้น กรุงเทพมหานคร หากไม่มีผู้รับรองคนที่ 1 ให้ข้าราชการที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่าที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับรองได้
ข้อมูลผู้รับรองคนที่ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)
ข้าพเจ้า <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว นามสกุล..... ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน
โทรศัพท์.....
<input type="radio"/> รับรอง ผู้ลงทะเบียนอาศัยอยู่ในพื้นที่ของข้าพเจ้า เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับผู้ปกครองในครัวเรือนที่สมาชิกมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 100,000 บาท ต่อคน ต่อปี ตามที่ผู้ยื่นคำขอแสดงรายได้ข้างต้น
<input type="radio"/> ไม่รับรอง เนื่องจาก.....
(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2 (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
หมายเหตุ : ผู้รับรองคนที่ 2 : ประธานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำตำบล ประธานชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่งในระดับปฏิบัติการขึ้นไป หรือเทียบเท่า ที่ปฏิบัติหน้าที่ในท้องที่หรือท้องถิ่นแห่งนั้น (ต้องมีใช้ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับมอบหมายในการรับลงทะเบียน)
ส่วนที่ 3 : การปิดประกาศ (สำหรับหน่วยงานรับลงทะเบียน) เด็กหญิง/เด็กชาย/นาย/นางสาว..... เป็นผู้ปกครองที่มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ที่ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้ว ตามประกาศ (ชื่อ อปท.)..... ลงวันที่.....ลำดับที่.....
(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน (.....) วันที่