

**งานที่ให้บริการ** การลงทะเบียนผู้สูงอายุ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2565

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ** กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง

**ขอบเขตการให้บริการ**

**สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ**

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง โทรศัพท์ 075 - 489110 , 065-3489687

โทรสาร 075 - 489323 ต่อ 122

**ระยะเวลาให้บริการ** วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา 08.30 -12.00 น. และ 13.00 - 16.30 น.

**ความเป็นมาของการดำเนินงาน**

ตามที่กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 4 พ.ศ.2564 และหนังสือจังหวัดนครศรีธรรมราช ด่วนที่สุด ที่ นศ 0023.3/ว 5188 ลงวันที่ 29 กันยายน 2563 เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ซึ่งกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดให้มีการลงทะเบียนผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ ครบถ้วนตามที่กำหนดลงทะเบียนตั้งแต่เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2563 และเดือนมกราคม - กันยายน 2564 สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ที่เกิดระหว่าง 2 กันยายน 2504 - 1 กันยายน 2505 รวมทั้งผู้สูงอายุที่ย้ายเข้ามาอยู่ใหม่ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
1.	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้สูงอายุ ที่จะลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพฯ จะต้องยื่นบัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง และสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ให้เจ้าหน้าที่เพื่อนำเข้าระบบสารสนเทศของ อปท.	10 นาที	
2.	การพิจารณา	พิมพ์ใบลงทะเบียนจากระบบสารสนเทศของ อปท.เพื่อให้ผู้สูงอายุ ยืนยันตนเอง และให้หลักฐานการลงทะเบียน พร้อมแจ้งเดือนที่จะได้รับเงินผู้สูงอายุ	5 นาที	

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

(1) แบบคำขอลงทะเบียนผู้สูงอายุ	จำนวน	1	ฉบับ
(2) บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง			
(3) หนังสือมอบอำนาจ (กรณีให้บุคคลอื่นดำเนินการแทน)	จำนวน	1	ฉบับ
(4) สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบและผู้รับมอบ	จำนวนอย่างละ	1	ฉบับ
(5) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบและผู้รับมอบ	จำนวนอย่างละ	1	ฉบับ
(6) สำเนาสมุดเงินฝากธนาคาร ชกส. ออมสิน กรุงเทพฯ	จำนวน	1	ฉบับ

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลท่ายาง
- (3) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ได้ลงทะเบียน เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่ย้ายเข้ามาอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลท่ายาง ก่อนหรือภายในเดือนพฤศจิกายน 2563
- (4) ผู้สูงอายุที่จะมีอายุ 60 ปีในปีงบประมาณถัดไป นับจนถึงวันที่ 1 กันยายน 2565 หรือเกิดระหว่างวันที่ 2 กันยายน 2504 – 1 กันยายน 2505
- (5) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

### การรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

อายุ 60-69 ปี	ได้รับเบี้ยยังชีพ	อัตราเดือนละ	600	บาท
อายุ 70-79 ปี	ได้รับเบี้ยยังชีพ	อัตราเดือนละ	700	บาท
อายุ 80-89 ปี	ได้รับเบี้ยยังชีพ	อัตราเดือนละ	800	บาท
อายุ 90 ปี ขึ้นไป	ได้รับเบี้ยยังชีพ	อัตราเดือนละ	1,000	บาท

### ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

### ช่องทางการร้องเรียน

- (1) กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง โทรศัพท์ 075 – 489110 , 065-3489687
- (2) Facebook กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง
- (3) E-mail thayangsocial@gmail.com

**งานที่ให้บริการ** การลงทะเบียนผู้พิการ เพื่อรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการ

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ** กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ามาย

**ขอบเขตการให้บริการ**

**สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ**

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ามาย โทรศัพท์ 075 - 489110 , 065-3489687

โทรสาร 075 - 489323 ต่อ 122

**ระยะเวลาให้บริการ** วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา 08.30 -12.00 น. และ 13.00 -16.30 น.

**ความเป็นมาของการดำเนินงาน**

ตามที่กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้กับคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2562 ให้คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว สำหรับคนพิการกรณีอื่น ไม่อาจยื่นคำขอได้ด้วยตัวเอง ให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับรองสถานะของคนพิการ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
1.	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้พิการ ที่จะลงทะเบียนขอรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการ จะต้อง มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พร้อมสำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่จะให้โอนเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการ	10 นาที	
2.	การพิจารณา	ยื่นยื่นตนเอง ตามแบบฟอร์มโดยจะ ได้รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป	5 นาที	

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- |  |       |   |      |
|--|-------|---|------|
| (1) แบบคำขอลงทะเบียนผู้พิการ                         | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| (2) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ                         | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| (3) สำเนาทะเบียนบ้าน                                 | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| (4) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธกส. ออมสิน กรุงเทพฯ | จำนวน | 1 | ฉบับ |

**หมายเหตุ** กรณีคนพิการที่มีสิทธิรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่จะต้องไปลงทะเบียน ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนได้ย้ายไป โดยจะต้องแจ้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิม เพื่อระงับการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- (3) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
- (4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

### การรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการ

ผู้พิการ อายุต่ำกว่า 18 ปี	ได้รับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการ	อัตราเดือนละ	1,000 บาท
ผู้พิการ อายุมากกว่า 18 ปี	ได้รับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการ	อัตราเดือนละ	800 บาท

### ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

### ช่องทางการร้องเรียน

1. กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ามาย โทรศัพท์ 075 – 489110 , 065-348968
2. Facebook กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ามาย
3. E-mail thayangsocia@gmail.com

**งานที่ให้บริการ** การลงทะเบียน เพื่อขอรับสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ** กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ามาย

**ขอบเขตการให้บริการ**

**สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ**

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ามาย โทรศัพท์ 075 – 489110 , 065-3489687

โทรสาร 075 – 489323 ต่อ 122

**ระยะเวลาให้บริการ** วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา 08.30 - 12.00 น. และ 13.00 - 16.30 น.

**ความเป็นมาของการดำเนินงาน**

ตามที่ กระทรวงมหาดไทย ได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 เพื่อใช้ในการดำเนินงานการจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยเอดส์ ข้อ 9 แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยฯ ให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติ ตามหมวด 1 ข้อ 6 และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
1.	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จะต้องยื่นเอกสารรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งระบุว่า เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ พร้อมสำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่จะให้โอนเงินสงเคราะห์ฯ	10 นาที	
2.	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ เพื่อรายงานให้ผู้บริหารทราบ	1 วัน	

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

(1) แบบแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	จำนวน	1	ฉบับ
(2) เอกสารรับรองแพทย์ (ระบุว่าผู้ป่วยโรคเอดส์)	จำนวน	1	ฉบับ
(3) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธกส.	จำนวน	1	ฉบับ
(4) สำเนาบัตรประชาชน	จำนวน	1	ฉบับ
(5) สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน	1	ฉบับ

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- (1) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับการรับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- (2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (3) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

### การรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

อัตราเดือนละ 500 บาท

### ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

### ช่องทางการร้องเรียน

1. กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง โทรศัพท์ 075 – 489110 , 065-348968
2. Facebook กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง
3. E-mail thayangsocia@gmail.com

**งานที่ให้บริการ** หน่วยบริการรับคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ/ต่ออายุบัตร /เปลี่ยนแปลงผู้ดูแล

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ** กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง

**ขอบเขตการให้บริการ**

**สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ**

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง โทรศัพท์ 075 – 489110 , 065-3489687

โทรสาร 075 – 489323 ต่อ 122

**ระยะเวลาให้บริการ** วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา 08.30 -12.00 น. และ 13.00 - 16.30 น.

**ความเป็นมาของการดำเนินงาน**

การจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ ๆ ได้กำหนดห้ามหน่วยราชการ องค์กรเอกชนหรือบุคคลกระทำการที่มีการเลือกปฏิบัติ โดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย กฎ ระเบียบ มาตรการ โครงการ หรือวิธีปฏิบัติของหน่วยงานของรัฐ เอกกรเอกชน หรือบุคคลใดในลักษณะที่เป็น การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ และให้หมายความรวมถึงการกระทำหรืองดเว้นการกระทำใดที่ กระทบต่อคนพิการ แม้จะไม่มีจุดมุ่งหมายเป็นการเลือกปฏิบัติโดยตรง แต่ผลของการกระทำนั้น ทำให้คนพิการ ต้องเสียสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับ เพราะเหตุแห่งความพิการด้วย ทั้งนี้กฎหมายกำหนดให้คนพิการที่ได้รับหรือ จะได้รับความเสียหายจากการกระทำในลักษณะที่เป็นการเลือกปฏิบัติ ไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ สิทธิร้องขอต่อ คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติให้มีคำสั่งเพิกถอนการกระทำหรือห้ามมิให้กระทำ การนั้นได้

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
1.	การตรวจสอบเอกสาร	<b>กรณีออกบัตรประจำตัวคนพิการ</b> ผู้พิการหรือผู้ดูแลคนพิการ แจ้งความ ประสงค์ขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามแบบฟอร์มพร้อมเอกสารรับรอง ความพิการและเอกสารอื่นๆ <b>กรณีต่ออายุบัตร/เปลี่ยนแปลงผู้ดูแล</b> ผู้พิการหรือผู้ดูแลคนพิการ แจ้งความ ประสงค์ขอต่ออายุบัตร/เปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลตามแบบฟอร์มพร้อมบัตร ประจำตัวคนพิการและเอกสารอื่นๆ	10 นาที	



ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
2.	การประสาน/ส่งต่อ สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัด	เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสารและ ประสานสำนักงานพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด นครศรีธรรมราช เพื่อพิจารณาออก บัตรคนพิการต่อไป	3 วัน	
3.	ส่งมอบบัตรประจำคน พิการให้แก่ผู้พิการหรือ ผู้ดูแลคนพิการ	เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ เพื่อมอบบัตร ประจำตัวคนพิการให้แก่ผู้พิการหรือ ผู้ดูแลคนพิการ	30 นาที	

### รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

#### การยื่นคำขอมอบบัตรประจำตัวคนพิการ

คนพิการ ซึ่งมีสัญชาติไทย สามารถยื่นคำขอมอบบัตรต่อสำนักงานเทศบาลตำบลท่าช้าง , สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถหรือในกรณีที่คนพิการมีสภาพความพิการถึงขั้นไม่สามารถไปยื่นคำขอด้วยตนเองได้ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาลหรือผู้ดูแลคนพิการแล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนได้

#### เอกสารที่ต้องใช้ กรณีขอมอบบัตรประจำตัวคนพิการ

- |   |              |   |      |
|---|--------------|---|------|
| (1) แบบคำขอมอบบัตรประจำตัวคนพิการ   | จำนวน        | 1 | ชุด  |
| (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการและผู้ดูแล  | จำนวนอย่างละ | 1 | ฉบับ |
| (3) สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการและผู้ดูแล  | จำนวนอย่างละ | 1 | ฉบับ |
| (4) เอกสารรับรองความพิการ   | จำนวน        | 1 | ฉบับ |
| (5) รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 1 นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน  | จำนวน        | 2 | รูป  |
| (6) หลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการ เนื่องจากเป็นผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแลคนพิการ แล้วแต่กรณี (กรณีให้ผู้ดูแลยื่นคำขอแทน) |              |   |      |

#### เอกสารที่ต้องใช้ กรณีต่ออายุบัตร/เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ

- |  |              |   |      |
|--|--------------|---|------|
| (1) แบบคำขอมอบบัตรประจำตัวคนพิการ                        | จำนวน        | 1 | ชุด  |
| (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการและผู้ดูแล         | จำนวนอย่างละ | 1 | ฉบับ |
| (3) สำเนาทะเบียนบ้านของคนพิการและผู้ดูแล                 | จำนวนอย่างละ | 1 | ฉบับ |
| (4) รูปถ่ายคนพิการ ขนาด 1 นิ้ว ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน | จำนวน        | 2 | รูป  |

(5). หลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าได้รับมอบอำนาจจากคนพิการหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับคนพิการ เนื่องจากเป็นผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาลหรือผู้ดูแลคนพิการ แล้วแต่กรณี (กรณีให้ผู้ดูแลยื่นคำขอแทน)

(6). บัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับจริง)

### **ค่าธรรมเนียม**

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### **ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

แบบคำขอมอบบัตรประจำตัวคนพิการ

### **ช่องทางการร้องเรียน**

- (1) กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง โทรศัพท์ 075 – 489110 , 065-348968
- (2) Facebook กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง
- (3) E-mail thayangsocia@gmail.com

งานที่ให้บริการ การลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ประจำปี พ.ศ. 2564

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง โทรศัพท์ 075 – 489110 , 065-3489687

โทรสาร 075 – 489323 ต่อ 122

ระยะเวลาให้บริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา 08.30 -12.00 น. และ 13.00 -16.30 น.

ความเป็นมาของการดำเนินงานฯ

โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเป็นนโยบายสำคัญระดับชาติตามแผนบูรณาการการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต เป็นการสร้างระบบคุ้มครองทางสังคมโดยการจัดสวัสดิการเงินอุดหนุนให้แก่ เด็กแรกเกิดในครัวเรือนยากจนหรือครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน เป็นมาตรการให้บิดา มารดาหรือ ผู้ปกครองนำเด็กเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพัฒนาการเหมาะสม ตามวัย รวมทั้งเป็นหลักประกันให้เด็กได้รับสิทธิด้านการอยู่รอดและการพัฒนาตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) และแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2564) สำหรับงบประมาณ 2564 กำหนดให้มีการลงทะเบียนขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2564 ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เด็กแรกเกิดอาศัยอยู่กับบิดา มารดา หรือปกครอง

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
1.	การตรวจสอบเอกสาร	บิดา มารดาหรือผู้ปกครองเด็กแรกเกิด ที่ประสงค์จะลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด จะต้องยื่นคำขอตามแบบฟอร์มพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจสอบเอกสารและคุณสมบัติเบื้องต้น	10 นาที	

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
2.	การประกาศรายชื่อฯ	จัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	15 วัน	
3.	การประสาน/ส่งต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด	เจ้าหน้าที่ รวบรวมเอกสารการลงทะเบียนพร้อมสำเนาประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเพื่อนำส่งสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีฯ เพื่อพิจารณาต่อไป	1 วัน	

#### รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

#### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

(1) แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิฯ (ดร.01)	จำนวน	1	ชุด
(2) แบบรับรองสถานะครัวเรือน (ดร.02)	จำนวน	1	ชุด
(3) สำเนาบัตรประชาชนของบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง	จำนวน	1	ฉบับ
(4) สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง	จำนวน	1	ฉบับ
(5) สำเนาสูติบัตรของเด็กแรกเกิด	จำนวน	1	ฉบับ
(6) สำเนาทะเบียนบ้านของเด็กแรกเกิด	จำนวน	1	ฉบับ
(7) สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หน้า 1	จำนวน	1	ฉบับ
(8) สำเนาสมุดเงินฝากธนาคาร ชกส. ออมสิน กรุงเทพฯ	จำนวน	1	ฉบับ

#### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

- (1) มีสัญชาติไทย (บิดามารดามีสัญชาติไทย หรือบิดา หรือมารดามีสัญชาติไทย)
- (2) เด็กเกิดระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2558 เป็นต้นไป
- (3) อาศัยอยู่กับผู้ปกครองหรือครัวเรือนที่มีรายได้น้อย คือสมาชิกในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ย ไม่เกิน 100,000 บาทต่อคนต่อปี โดยจะต้องได้รับการรับรองสถานะจากบุคคลที่เชื่อถือได้ จำนวน 2 คน ดังนี้ ผู้รับรองคนที่ 1 ได้แก่ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือชุมชน (อสม.)  
ผู้รับรองคนที่ 2 ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน
- (4) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลท่าสาย คือ เลี้ยงดูบุตรอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลท่าสาย

### **การรับเงินเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด**

บิดา มารดาหรือผู้ปกครองของเด็ก ที่ลงทะเบียนและมีคุณสมบัติครบถ้วน จะได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด อัตราเดือนละ 600 บาท จนเด็กอายุครบ 6 ปี

### **ค่าธรรมเนียม**

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### **ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

- (1) แบบคำร้องขอลงทะเบียน เพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ 2564  
(แบบ ดร.01)
- (2) แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.02)

### **ช่องทางการร้องเรียน**

- (1) กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง โทรศัพท์ 075 - 489110 , 065-3489687
- (2) Facebook กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง
- (3) E-mail thayangsocia@gmail.com

**งานที่ให้บริการ** การลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์จัดการศพตามประเพณี

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ** กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง

**ขอบเขตการให้บริการ**

**สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ**

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ายาง โทรศัพท์ 075 – 489110 , 065-3489687

โทรสาร 075 – 489323 ต่อ 122

**ระยะเวลาให้บริการ** วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา 08.30 -12.00 น. และ 13.00 – 16.30 น.

**ความเป็นมาของการดำเนินงาน**

วันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ราชกิจจานุเบกษา ประกาศ เผยแพร่ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี โดยมีรายละเอียดดังนี้ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 11 วรรคหนึ่ง (12) มาตรา 11 วรรคสาม และมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ประกอบข้อ 2 แห่งประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การกำหนดหน่วยงานผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 พ.ศ. 2553 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงออกประกาศไว้ ประกาศนี้ เรียกว่า ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

**ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
1.	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ยื่นคำขอฯ แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี โดยต้องยื่นคำขอตามแบบฟอร์มพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อตรวจสอบเอกสารและคุณสมบัติเบื้องต้น	10 นาที	

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
2.	การประสาน/ส่งต่อ สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัด	เจ้าหน้าที่รวบรวมเอกสารการ ลงทะเบียน เพื่อนำส่งสำนักงาน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อพิจารณา	1 วัน	

### รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

#### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

(1) แบบขอรับเงินสงเคราะห์ฯ (ศผส.01)	จำนวน	1	ฉบับ
(2) แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ฯ(ศผส.02)	จำนวน	1	ฉบับ
(3) สำเนาใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ	จำนวน	1	ฉบับ
(4) สำเนาบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือหนังสือรับรอง	จำนวน	1	ฉบับ
(5) สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำขอฯ	จำนวน	1	ฉบับ
(6) สำเนาสมุดเงินฝากธนาคาร ธกส. ออมสิน กรุงเทพฯ	จำนวน	1	ฉบับ

#### การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี ผู้ตายต้องเข้าหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- (1) อายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- (2) สัญชาติไทย
- (3) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียน ให้นายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือประธานชุมชน เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

#### การยื่นคำขอ

ให้ผู้ที่มีสิทธิขอในการจัดการศพตามประเพณีรายนั้น ยื่นคำขอในท้องที่ที่ผู้สูงอายุมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรือภูมิลำเนาในขณะถึงแก่ความตาย ภายในกำหนดระยะเวลาหกเดือนนับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตรพร้อมเอกสาร ดังต่อไปนี้

(1) ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ	จำนวน	1	ฉบับ
(2) บัตรสวัสดิการแห่งรัฐของผู้สูงอายุ หรือหนังสือรับรอง	จำนวน	1	ฉบับ
(3) สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำขอ	จำนวน	1	ฉบับ
(4) สมุดบัญชีธนาคารของผู้ยื่นคำขอ	จำนวน	1	ฉบับ
(5) หนังสือรับรองเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศพตามประเพณี	จำนวน	1	ฉบับ

### **การรับเงินสงเคราะห์การจัดการศพตามประเพณี**

ผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์การจัดการศพตามประเพณี ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน จะได้รับเงินสงเคราะห์ฯ จำนวน 3,000 บาท

### **ค่าธรรมเนียม**

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### **ตัวอย่างแบบฟอร์ม.**

- (1) แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ และรับรองผู้รับผิดชอบในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี (แบบ ศพส.01)
- (2) แบบรับรองการมีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (แบบ ศพส.02)

### **ช่องทางการร้องเรียน**

- (1) กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ามาย โทรศัพท์ 075 – 489110 , 065-3489687
- (2) Facebook กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่ามาย
- (3) E-mail thayangsocial@gmail.com