



คู่มือสำหรับประชาชน
แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับ
การขอรับเบี้ยยังชีพ

เทศบาลนครพิษณุโลก
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

สารบัญ

	หัวข้อ	หน้า
1	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	1-9
2	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ	10-15
3	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	16-22

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่ให้บริการ : เทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก กระทรวงมหาดไทย

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี)ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.

๒๕๔๘

กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

เมื่อมีผู้ป่วยเอดส์มายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ตามข้อ ๙ ให้พนักงานส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ออกไปตรวจสอบความเป็นอยู่ โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ จัดลำดับด้วยและให้จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ เสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบ

หลักเกณฑ์และคุณสมบัติ

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๒. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ขั้นตอนการลงทะเบียน

1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ เทศบาลนครพิษณุโลก หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนด ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองให้มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
2. เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคมออกตรวจสอบความเป็นอยู่
3. พิจารณาจัดทำลำดับและบัญชีรายชื่อเสนอผู้บริหารเพื่ออนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์

วิธีการจ่ายและรับเงิน

๑. จ่ายเป็นเงินสดหรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์
๒. จ่ายเป็นเงินสดหรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์

สิทธิการรับเงิน

ผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียนมีคุณสมบัติครบถ้วนและผ่านการพิจารณาจะได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพหลังจากผู้บริหารอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพตามระเบียบฯ

การสิ้นสุดการรับเงิน

๑. ถึงแก่กรรม
๒. ขาดคุณสมบัติ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครพิษณุโลก 1299 ถ.บรมไตรฯ2 ต.ในเมือง อ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-5598-3221 ต่อ 121 (หมายเหตุ: เดือนมกราคม - เดือนพฤศจิกายน ของทุกปี)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ วัน เวลา ราชการ วันจันทร์ จนถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ เวลา 08.30 - 16.30 น. (หยุดพักเที่ยง)
---	--

ขั้นตอนระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 15 นาที

ลำดับ	ขั้นตอนการลงทะเบียน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1	ยื่นหลักฐานแสดงต่อเจ้าหน้าที่	1 นาที	กองสวัสดิการสังคม
2	กรอก/บันทึกข้อมูลลงแบบฟอร์มและจัดพิมพ์เอกสาร	6 นาที	เทศบาลนครพิษณุโลก
3	ตรวจสอบข้อมูลและลงลายมือชื่อ	1 นาที	
4	แจ้งสิทธิและรับแบบตอบรับการลงทะเบียน	1 นาที	

รายการหลักฐานประกอบ

ลำดับ	หลักฐาน	จำนวนและรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1	บัตรประจำตัวคนพิการและบัตรประจำตัวประชาชน		
2	ทะเบียนบ้านฉบับจริง		
3	สมุดบัญชีธนาคาร		
4	ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ		
4	หนังสือมอบอำนาจ หมายเหตุ : กรณีไม่สามารถลงทะเบียนได้ด้วยตนเองให้มอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษร และแนบหลักฐานรับรองสำเนา		

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม(บาท / ร้อยละ)
	ไม่มีค่าธรรมเนียม	

(หมายเหตุ: -)

หมายเหตุ

ทะเบียนเลขที่...../25.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25.....

ผู้ยื่นคำขอฯ แจ้งด้วยตนเอง
 ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน
 ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....
 มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ
 สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ
 บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
 เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ
 สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
 สำเนาทะเบียนบ้าน
 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
 (.....) (.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

- 2 -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว

เป็นผู้มิสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศบาลนครพิชญ์โลก

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(.....)

นายกเทศมนตรี.....

..... / /

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน..... แขวง / ตำบล

เขต / อำเภอ จังหวัด

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน..... แขวง / ตำบล

เขต / อำเภอ จังหวัด

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเอง
ทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)ลงชื่อ พยาน
(.....)ลงชื่อ พยาน
(.....)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25.....

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง
 [] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน
 ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....
 มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
 (.....) (.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว

เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรี ตำบลพิกุลออก

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(นายวุฒิชัย วงษ์อินทร์)

นายกเทศมนตรี ตำบลพิกุลออก

..... / /

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน..... แขวง / ตำบล

เขต / อำเภอ จังหวัด

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน..... แขวง / ตำบล

เขต / อำเภอ จังหวัด

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเป็ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- เอกสารอื่นๆ.....

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่ให้บริการ : เทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก กระทรวงมหาดไทย

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี)ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 และ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2561

กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิ รับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป

หลักเกณฑ์และคุณสมบัติ

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนการลงทะเบียน

คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการให้ลงทะเบียนด้วยตนเอง ณ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครพิษณุโลก

ในกรณีคนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

สำหรับคนพิการที่นอกเหนือตามข้างต้น ไม่สามารถยื่นคำขอได้ด้วยตนเองให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทนโดยให้ ผู้เชื่อถือได้รับรองสถานะของคนพิการ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย หรือมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นดำเนินการแทน

วิธีการจ่ายและรับเงิน

คนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

1. รับเงินสดด้วยตนเอง หรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
2. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้

รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

สิทธิการรับเงิน

คนพิการที่ได้จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ และลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว เริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปนับจากวันที่ลงทะเบียน

การสิ้นสุดการรับเงิน

1. เสียชีวิต
2. ย้ายภูมิลำเนาและลงทะเบียนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่แล้ว
3. แจ้งสละสิทธิขอรับเงินเบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นลายลักษณ์อักษร

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครพิษณุโลก 1299 ถ.บรมไตรฯ2 ต.ในเมือง อ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-5598-3221 ต่อ 121 (หมายเหตุ: เดือนมกราคม - เดือนพฤศจิกายน ของทุกปี)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ วัน เวลา ราชการ วันจันทร์ จนถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ เวลา 08.30 - 16.30 น. (หยุดพักเที่ยง)
---	--

ขั้นตอนระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 15 นาที

ลำดับ	ขั้นตอนการลงทะเบียน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1	ยื่นหลักฐานแสดงต่อเจ้าหน้าที่	1 นาที	กองสวัสดิการสังคม
2	กรอก/บันทึกข้อมูลลงแบบฟอร์มและจัดพิมพ์	6 นาที	เทศบาลนครพิษณุโลก
3	ตรวจสอบข้อมูลและลงลายมือชื่อ	1 นาที	
4	แจ้งสิทธิและให้เอกสารยืนยันการลงทะเบียน	1 นาที	

รายการหลักฐานประกอบ

ลำดับ	หลักฐาน	จำนวนและรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1	บัตรประจำตัวคนพิการและบัตรประจำตัวประชาชน		
2	ทะเบียนบ้านฉบับจริง		
3	สมุดบัญชีธนาคาร		
4	หนังสือมอบอำนาจ		
	หมายเหตุ : กรณีไม่สามารถลงทะเบียนได้ด้วยตนเองให้มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร และแนบหลักฐานรับรองสำเนา		

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม(บาท / ร้อยละ)
	ไม่มีค่าธรรมเนียม	

ช่องทางการร้องเรียนแนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1	สำนักงานเทศบาลนครพิษณุโลก 1299 ถ.บรมไตรโลกนารถ 2 ต.ในเมือง อ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก หมายเลขโทรศัพท์ 0-5598-3221

แบบฟอร์มตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ขอแบบฟอร์ม
1	แบบคำขอลงทะเบียนเบี้ยความพิการ
2	หนังสือมอบอำนาจ

(หมายเหตุ: -)

หมายเหตุ

-2-

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน นาย / นาง / นางสาว / หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มิคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) นายกเทศมนตรี / นายก อบต. วันที่ / เดือน / ปี</p>	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25..... โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ย
ความพิการตั้งแต่เดือนตุลาคม 25.....ถึง เดือนกันยายน 25..... ในอัตราเดือนบาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
กรณีผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 25..... ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 25.....) จะต้องไปลงทะเบียน
ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน 25..... ทั้งนี้เพื่อเป็นการ เพื่อ
รักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้าจน

เสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่ให้บริการ : เทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก กระทรวงมหาดไทย

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี)ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2560 และฉบับที่ 3 พ.ศ.2561

กำหนดให้ผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไปลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด ตั้งแต่เดือนมกราคม จนถึง เดือนพฤศจิกายน ของทุกปี

หลักเกณฑ์และคุณสมบัติ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์แล้ว แต่ยังไม่เคยลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพ หรือย้ายมาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือจะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณถัดไป และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ (ก) ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน (ข) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่น ที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

บุคคลตาม (ก) (ข) หรือ (ค) ไม่รวมถึง ผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 หรือผู้ที่ได้รับ สวัสดิการอื่นตามมติคณะรัฐมนตรี

ขั้นตอนการลงทะเบียน

ให้ยื่นคำร้องแสดงความประสงค์ขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพด้วยตนเอง ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

ในกรณีที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ให้มอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้

วิธีการจ่ายและรับเงิน

ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

1. รับเงินสดด้วยตนเอง หรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
2. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

สิทธิการรับเงิน

1. ผู้ที่ลงทะเบียนเมื่อมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนตุลาคม ของปีงบประมาณถัดไปนับแต่วันที่ลงทะเบียน กรณีย้ายภูมิลำเนาและได้รับเบี้ยยังชีพอยู่เดิมต้องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมระงับสิทธิการจ่ายและจำหน่ายรายชื่อออกจากระบบกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ผู้ที่ลงทะเบียน ระหว่างที่มีอายุ 59 ปี เริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปนับจากเดือนเกิด(ครบปีบริบูรณ์)

การสิ้นสุดการรับเงิน

1. เสียชีวิต
2. ย้ายภูมิลำเนาและลงทะเบียนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่แล้ว
3. แจ้งสละสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นลายลักษณ์อักษร

ช่องทางบริการ

สถานที่ให้บริการ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครพิษณุโลก 1299 ถ.บรมไตรฯ2 ต.ในเมือง อ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-5598-3221 ต่อ 121 (หมายเหตุ: เดือนมกราคม - เดือนพฤศจิกายน ของทุกปี)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ วัน เวลา ราชการ วันจันทร์ จนถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ เวลา 08.30 - 16.30 น. (หยุดพักเที่ยง)
---	--

ขั้นตอนระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 15 นาที

ลำดับ	ขั้นตอนการลงทะเบียน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1	ยื่นหลักฐานแสดงต่อเจ้าหน้าที่	1 นาที	กองสวัสดิการสังคม
2	กรอก/บันทึกข้อมูลลงแบบฟอร์มและจัดพิมพ์เอกสาร	6 นาที	เทศบาลนครพิษณุโลก
3	ตรวจสอบข้อมูลและลงลายมือชื่อ	1 นาที	
4	แจ้งสิทธิและให้เอกสารยืนยันการลงทะเบียน	1 นาที	

รายการหลักฐานประกอบ

ลำดับ	หลักฐาน จำนวนและรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยที่มีรูปถ่าย	
2	ทะเบียนบ้านฉบับจริง	
3	สมุดบัญชีธนาคาร	
4	หนังสือมอบอำนาจ หมายเหตุ : กรณีไม่สามารถลงทะเบียนได้ด้วยตนเองให้มอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษร และแนบหลักฐานรับรองสำเนา	

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม(บาท / ร้อยละ)
	ไม่มีค่าธรรมเนียม	

ช่องทางการร้องเรียนแนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1	สำนักงานเทศบาลนครพิษณุโลก 1299 ถ.บรมไตรโลกนารถ 2 ต.ในเมือง อ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก หมายเลขโทรศัพท์ 0-5598-3221

แบบฟอร์มตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ขอแบบฟอร์ม
1	แบบคำขอลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
2	หนังสือมอบอำนาจ

(หมายเหตุ: -)

หมายเหตุ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับสูงอายุที่ลงทะเบียน ชื่อ - สกุล
 (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□
 ที่อยู่บ้าน.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)สกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□□

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕63 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินด้วยตัวเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี
 พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐบาลที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขอรับเงินผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ ฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้บ่อนานาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ
 รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

-๒-

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□□□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติครบถ้วน ดังนี้ (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้จดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเขาบายศรี คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน (ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ (.....) (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....) (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศมนตรี..... วันที่.....เดือนพ.ศ.</p>	

ตัดตามรอยประให้ผู้สูงอายุที่ยื่นขอลงทะเบียนเก็บไว้.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือน..... ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
กรณีผู้สูงอายุย้ายที่อยู่/ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕60 ถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕61) จะต้องไป
ลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
 เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่
 อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
 แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
 โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ เกี่ยวพันเป็น
 ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร เลขที่ ออกให้ ณ
 เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
 ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
 จังหวัด โทรศัพท์

เป็นผู้มีอำนาจ ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
 กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ/ผู้สูงอายุ
 (.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)