

คู่มือการให้บริการ

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง

คู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพ

- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ
- การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง
โทรสาร. 043 -009625



สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ
สัญลักษณ์วันเอดส์โลก



สัญลักษณ์คนพิการ



คำนำ

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง มีภารกิจหลักในการปฏิบัติงานเบียดังชีพให้กับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบียดังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบียดังชีพผู้พิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเบียดังชีพ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ตลอดจนเป็นเกณฑ์การลดดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการบริการประชาชนต่อไป

1 - 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

**เป็นวันรับขึ้น
ทะเบียน
ผู้สูงอายุ...และคน
พิการ จ้า**

อย่าลืม !!!!!

นะจ๊ะ

ไม่มีชื่อ

ไม่มีสิทธิ

จ้า !!!!!



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับ เงินเบี้ยยังชีพฯ

ผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

(1) มีสัญชาติไทย

(2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต องค์การบริหารส่วนตำบล
ดอนดั่ง

(ตามทะเบียนบ้าน)

(3) เป็นผู้มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ใน ปีถัดไป
(ปัจจุบัน อายุ 59 ปี บริบูรณ์ และต้องเกิดก่อน
1 ตุลาคม)

(4) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์
อื่นใด

จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ย
หวัด

บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน
ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือ
องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่า
ตอบแทน

รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่าง
อื่นที่รัฐ

หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ
ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ
กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์
เพื่อ

การยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**หมายเหตุ : กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่แล้ว
และได้ย้ายเข้ามาในพื้นที่ตำบลดอนดั่ง
จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบล
ดอนดั่ง อีกครั้งหนึ่งภายใน 1-30 พฤศจิกายน
เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อ**

เนื่อง.....ค่ะ

ผู้พิการ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

1) มีสัญชาติไทย



(2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต องค์การบริหาร
ส่วนตำบลดอนดั่ง

(ตามทะเบียนบ้าน)

(3) มีบัตรประจำตัวคนพิการตาม
กฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิต
คนพิการ

(4) ไม่เป็น บุคคลซึ่งอยู่ในความ
อุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ



ตัวอย่างบัตรและสมุดประจำตัวคนพิการ

**กรณีได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการอยู่แล้วและได้ย้ายเข้า
มาในพื้นที่ตำบลดอนดั่ง
จะต้องมาขึ้นทะเบียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบล
ดอนดั่ง**

**อีกครั้งหนึ่งภายใน 1-30 พฤศจิกายน
เพื่อใช้สิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพต่อ
เนื่อง.....ค่ะ**

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อ รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุ”

- ☺ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร อื่นที่ออก
โดยหน่วยงานของ
รัฐที่มี รูปถ่าย พร้อมสำเนา
- ☺ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
- ☺ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา
(เฉพาะหน้าที่แสดง
ชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ ขอรับ
เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ย
ยังชีพ ผู้สูงอายุผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลง
ทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็น
ผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับ
มอบอำนาจติดต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบล
ดอนดั่ง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของ
ผู้รับมอบอำนาจ

****ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้สูง
อายุ และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่ฝ่าย
ประชาสัมพันธ์
หรือ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วน
ตำบลดอนดั่ง*****

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเพื่อ รับเงิน เบี้ยยังชีพคนพิการ

**ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม
“แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ย
ยังชีพคนพิการ ”**

☺ บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วย
การส่งเสริม

คุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับจริง พร้อม
สำเนา

☺ ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา

☺ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อม สำเนา
(เฉพาะหน้าที่แสดง

ชื่อ และเลขที่บัญชี) สำหรับกรณีที่ผู้ ขอรับ
เงินเบี้ยยังชีพคนพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ย
ยังชีพผ่านธนาคาร

หมายเหตุ : กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลง
ทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ เป็นลาย
ลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่
ต้องนำหลักฐานของคนพิการและคนดูแลคน
พิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่
เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ย
ยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

****ขอรับแบบคำขอขึ้นทะเบียนคน
พิการ และยื่นเอกสารประกอบ ได้ที่
ฝ่ายประชาสัมพันธ์**

**หรือ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วน
ตำบลดอนดั่ง*****

ผู้สูงอายุ/คนพิการที่มีสิทธิรับเงินเบี้ย
ยังชีพอยู่แล้วใน พื้นที่อื่น ภายหลังได้
ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตำบล
ดอนดั่ง ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับ
เงินเบี้ยยังชีพต่อที่ องค์การบริหารส่วน
ตำบลดอนดั่ง แต่สิทธิในการรับเงินยัง

จะคงอยู่ที่เดิมจนสิ้นงบประมาณ เช่น

นาง ก. รับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ อบต.
บ่อสลี ภายหลังได้แจ้งย้ายที่อยู่มาอยู่
พื้นที่ตำบลดอนดั่ง ใน วันที่ 20
กรกฎาคม 2558 นาง ก. ต้องมาขึ้น
ทะเบียนใหม่ ที่ องค์การบริหารส่วนตำบล
ดอนดั่ง ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน
2558 แต่ นาง ก. จะยังคงรับเงินเบี้ย
ยังชีพที่ อบต.บ่อสลีอยู่จนถึงเดือน
กันยายน 2559 และมีสิทธิรับเงินเบี้ย
ยังชีพผู้สูงอายุ ที่ องค์การบริหารส่วน
ตำบล**บ่อสลี** **ผู้มีสิทธิ**
เป็นต้นไป **รับเงิน**

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

ให้ผู้ที่ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพ มา
ตรวจสอบ รายชื่อตามประกาศที่บอร์ด
ประชาสัมพันธ์ ณ ที่ทำการองค์การ
บริหารส่วนตำบลอนดิ่ง ภายในวันที่ 15
ธันวาคม ของทุกปี (นับจากวันสิ้นสุด
กำหนด การยื่นขอขึ้นทะเบียน วันที่ 30
พฤศจิกายน ของทุกปี)
**การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
และคนพิการ**

เทศบาล จะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้
กับผู้สูงอายุและคนพิการที่มาขึ้นทะเบียน
ไว้แล้ว โดยจะเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี
ถัดไป โดยจะจ่าย เป็นเงินสด หรือโอน
เข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุและคน

พักการ เตแจงคววม ประสงค เว

กำหนดวันจ่ายเงินเบี่ยยังชีพ ภายในวันที่ 1-10 ของเดือน
(ตามคววมเหมาะสม)

ช่องทางการรับเงินเบี่ยยังชีพ

ผู้ประสงครับเงิน
ผ่านธนาคาร

โอนเข้าบัญชี
ธนาคารใน นามผู้สูง
อายุ ,คนพิการ หรือ
ผู้รับมอบอำนาจ

ผู้ประสงครับ
เงินสด

ตามจุดที่ได้แจงไว้ เช่น
สำนักปลัด องค์การ
บริหารส่วนตำบลอนดั่ง
/กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุก
หมู่บ้าน หรือ ขึ้นอยู่กับ

คววมเหมาะสม โดยจะมี
การแจงให้ทราบล่วงหน้า
รับเงินสดในนามผู้
สูงอายุ,คนพิการ
หรือผู้รับมอบ
อำนาจ

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพ แบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับใน ปัจจุบัน (ปี 2558) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ คิดใน อัตราเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันได แบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นช่วง ๆ หรือเป็นขั้น ขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยเริ่ม ตั้งแต่อายุ 60 ปี

**โดยคำนวณตามปีงบประมาณ
มิใช่ปีปฏิทิน และไม่มี การเพิ่มของอายุ
ระหว่างปี**

**ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือน
สำหรับผู้สูงอายุ
(แบบขั้นบันได)**

ชั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ชั้นที่ 1	60 - 69 ปี	600
ชั้นที่ 2	70 - 79 ปี	700
ชั้นที่ 3	80 - 89 ปี	800
ชั้นที่ 4	90 ปี ขึ้นไป	1,000

วิธีคำนวณอายุของผู้สูงอายุ



แล้วปีนี้ ฉัน
จะได้เงินเบี้ย
เท่าไร น้อ ?

การนับอายุว่าจะอยู่ในชั้นที่เท่าไร ให้นับ ณ วันที่ 30 กันยายน เท่านั้น เช่น

1. นาง ก. เกิด 30 กันยายน 2487 ณ วันที่ 30 กันยายน 2558 นาง ก. จะอายุ 70 ปี

หมายความว่า นาง ก. จะได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ
เดือนละ 700 บาท ในเดือน ตุลาคม 2557 (งบ
ประมาณปี 2558)

2. นาง ข. เกิด 1 ตุลาคม 2487 ณ วันที่ 30
กันยายน 2558 นาง ข. จะอายุ 69 ปี

หมายความว่า นาง ข. จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพ
เดือนละ 600 บาท เท่าเดิม จนกว่าจะถึงรอบปี
ถัดไป

**การนับรอบปีงบประมาณ คือ 1 ตุลาคม – 30
กันยายน เช่น
ปีงบประมาณ 2558 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557-
30 กันยายน 2558
ปีงบประมาณ 2559 จะเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558-
30 กันยายน 2559**

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ย ยังชีพ

1. ตาย (ยกเลิกการสงเคราะห์จัดการศพรายละ 2,000
บาท ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์
เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม
และการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี พ.ศ.
๒๕๕๗ ลงวันที่ 22 กันยายน 2557)

2. ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบล บ่อหลวง
3. แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
4. ขาดคุณสมบัติ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และคนพิการ

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสด ต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
3. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจาก องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง ได้รับทราบ
4. ให้ผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ แสดงการมีชีวิตอยู่ต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง ระหว่างวันที่ 1 - 5 ตุลาคม ของทุกปี

5. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุ หรือคนพิการของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้ง การตาย ให้ องค์การบริหารส่วนตำบล ดัง ได้รับทราบ (พร้อมสำเนาภาระบัต ภายใ 7 วัน



ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัว คนพิการ

1. ไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล เพื่อวินิจฉัยและออกเอกสารรับรองความ พิการ
2. ดำเนินการทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเชียงใหม่ (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้
 - 2.1 เอกสารรับรองความพิการที่รับรอง โดยแพทย์เฉพาะทาง (ตัวจริง)
 - 2.2 รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
 - 2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ

2.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
จำนวน 1 ฉบับ

2.5 ถ้าคนพิการมีผู้ดูแล ให้นำสำเนาบัตร
ประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
ของผู้ดูแลคนพิการ จำนวนอย่างละ 1 ฉบับ

3. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแล
คนพิการมาติดต่อขอทำบัตรประจำตัวคน
พิการ ให้นำหลักฐาน ตามข้อ 2.4 - 2.5 มา
ด้วย

การต่ออายุบัตรประจำตัวคน พิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคน
พิการ สามารถทำได้ที่ สำนักพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่ (

ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม
2. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน 1 ฉบับ
4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการมีผู้ดูแล ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ
5. กรณีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนพิการ และผู้ดูแลคนพิการมาติดต่อขอต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการให้นำหลักฐานตามข้อ 3-4 มาด้วย

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การดำเนินการเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการสามารถติดต่อได้ที่ สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงใหม่ (ศาลากลางจังหวัด) โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

1. สมุด/บัตรประจำตัวคนพิการเล่มเดิม

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและ
สำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ จำนวน 1
ฉบับ

3. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนเดิม ใช้
สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนา
ทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ(ต่อ)

4. หลักฐานผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ ใช้
สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนา
ทะเบียนบ้าน อย่างละ 1 ฉบับ

5. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ

6. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของ
ผู้รับรอง
จำนวน 1 ฉบับ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก
สภา หรือ ข้าราชการ ระดับ 3 ขึ้นไป)

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อ

ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ย
ยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่ง
ออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่า
ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขต
องค์การบริหารส่วนตำบลอนดิ่ง

3. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
สามารถยื่นคำร้องได้ที่ สำนักปลัด องค์การ
บริหารส่วนตำบลอนดิ่ง โดยนำหลักฐานมา
เพื่อประกอบการยื่นดังนี้

3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถาน
พยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์
จริง

3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
(พร้อมสำเนา)

3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

4. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมา
ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะ
มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทน
ได้

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

5. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

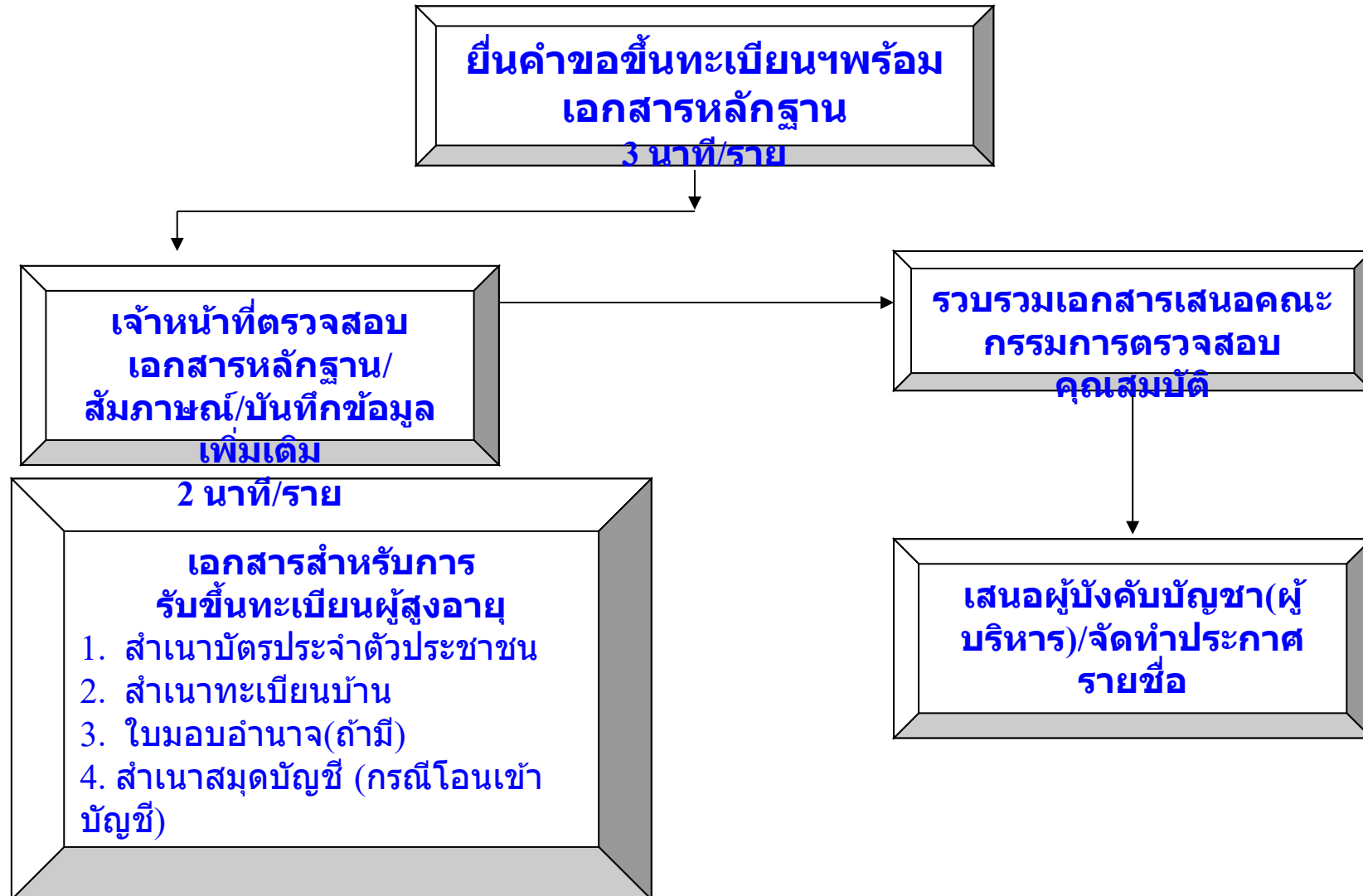
6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วแล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

7. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย
เอดส์ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วย
เอดส์ที่เสียชีวิตต้อง แจ้งให้ สำนักปลัด
ทราบภายใน 7 วัน

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น **โรค
เอดส์ /AIDs** เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น
HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลัก
เกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

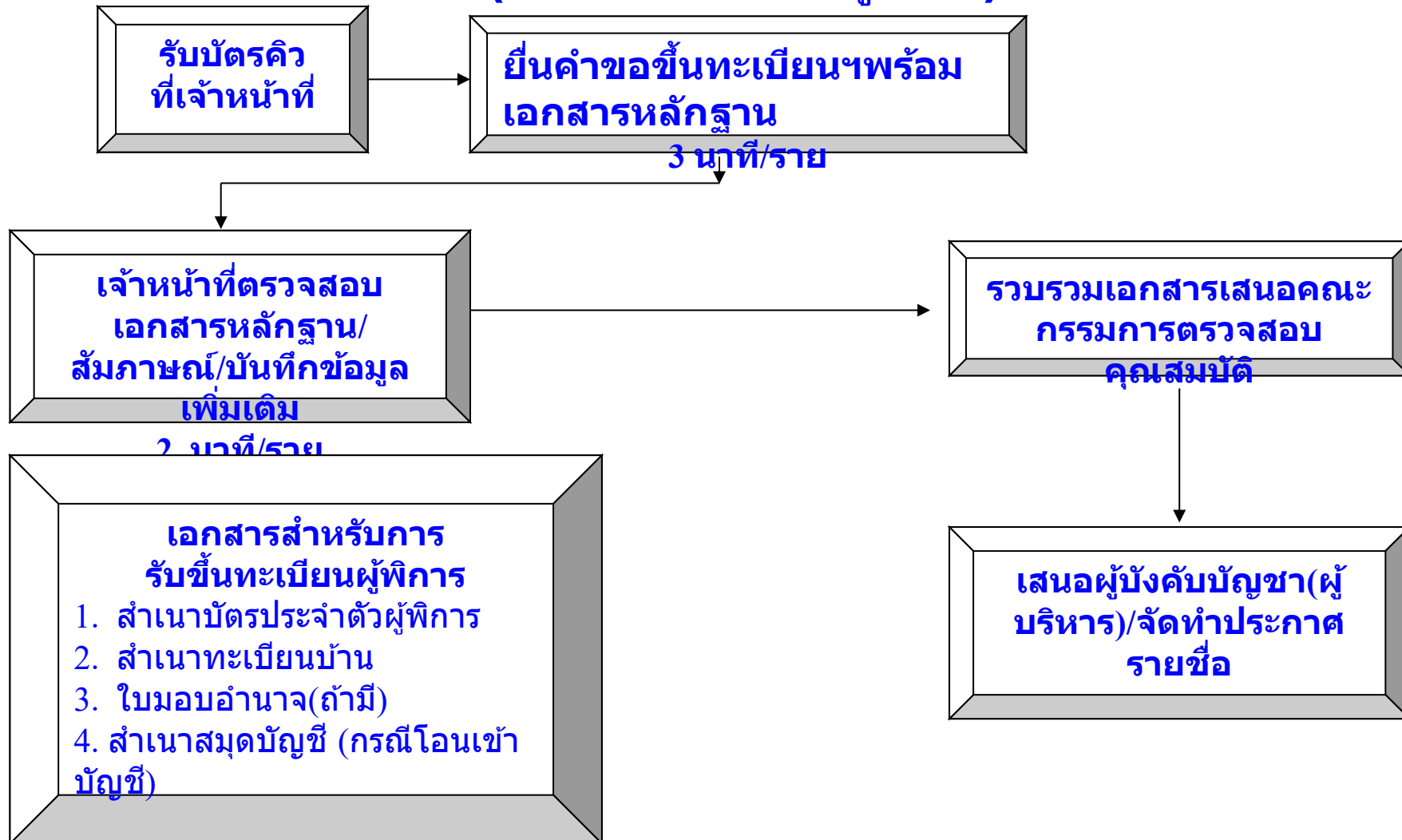
ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ)



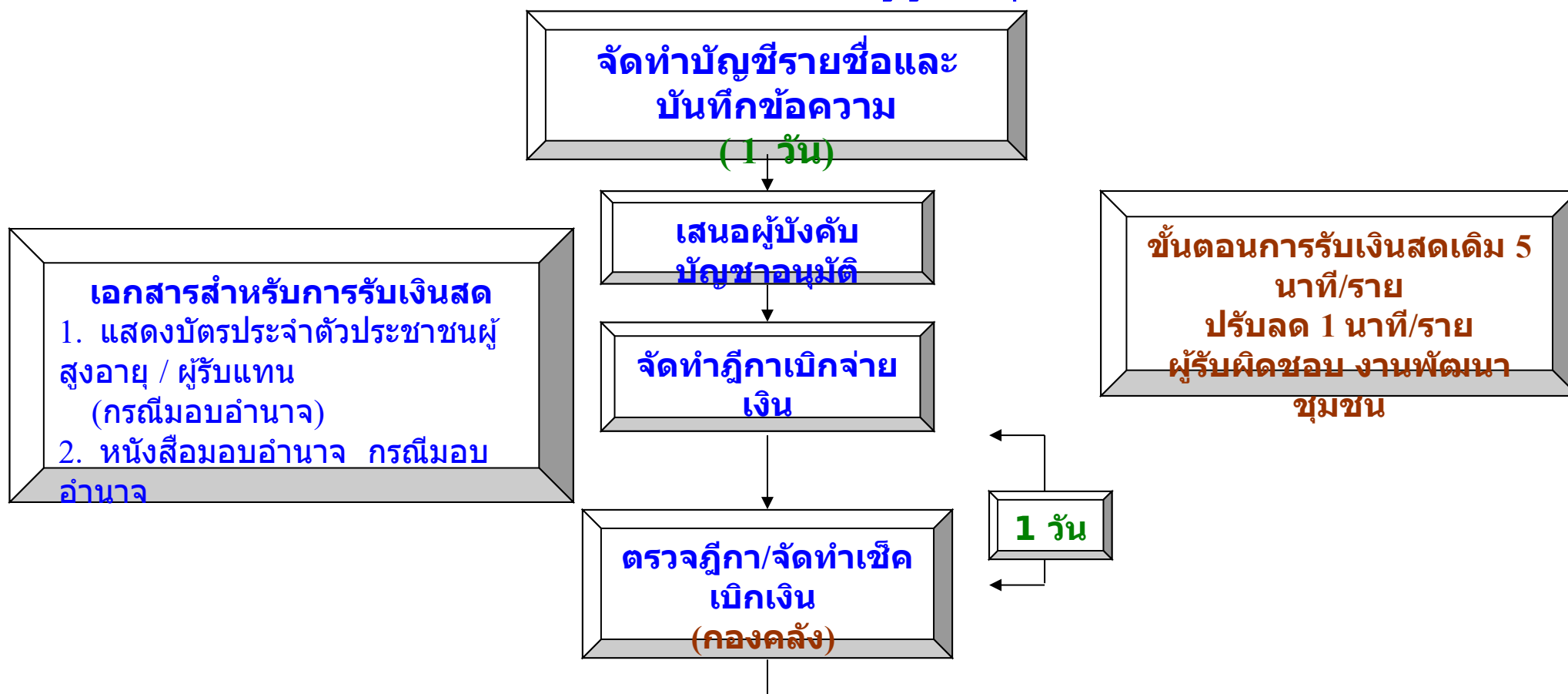
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม 10 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 3-5 นาที/ราย

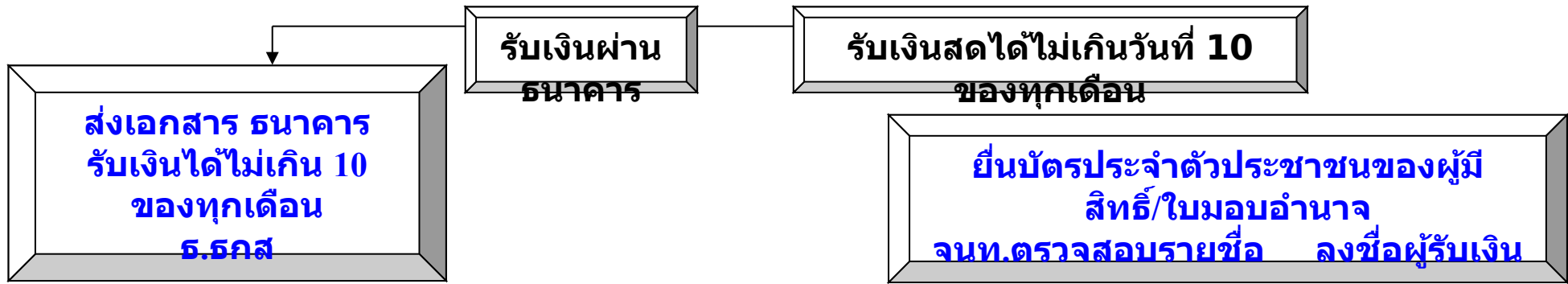
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ)



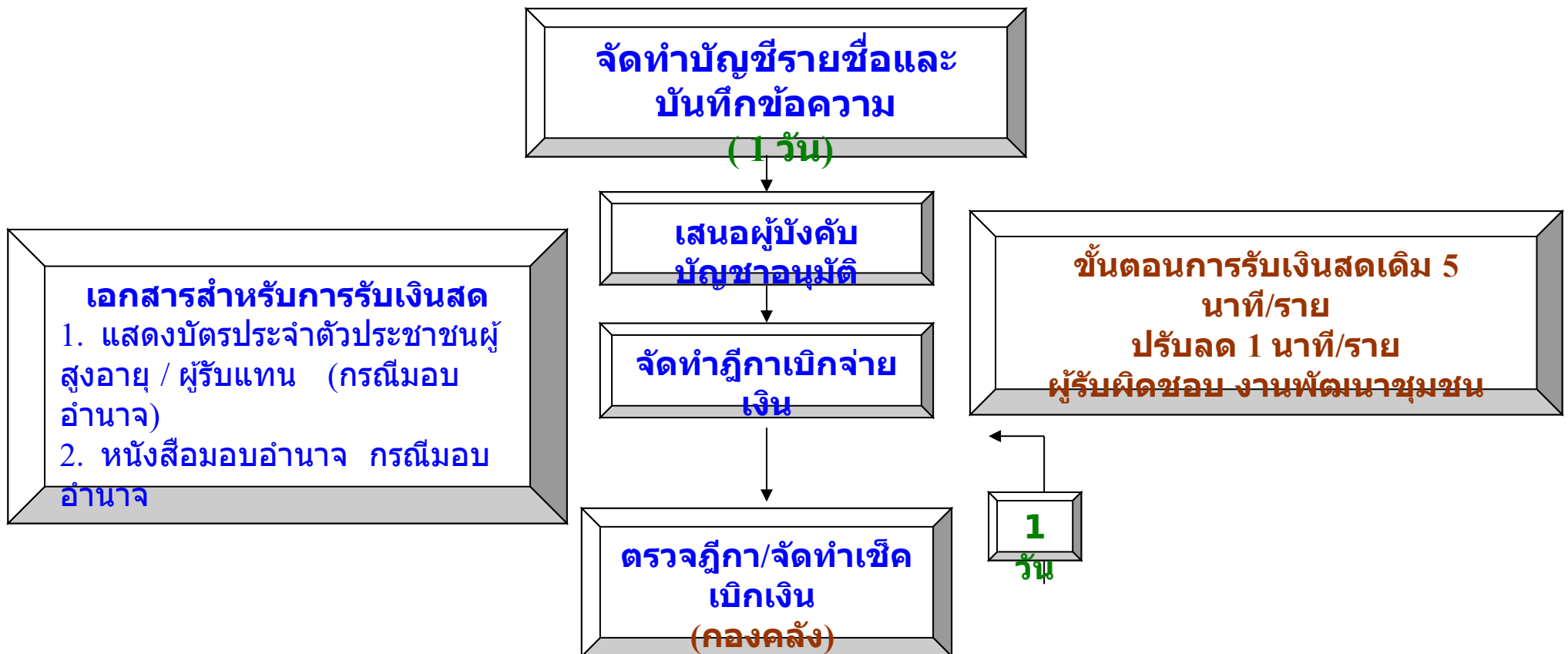
ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ เดิม 10 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 3-5 นาที/ราย

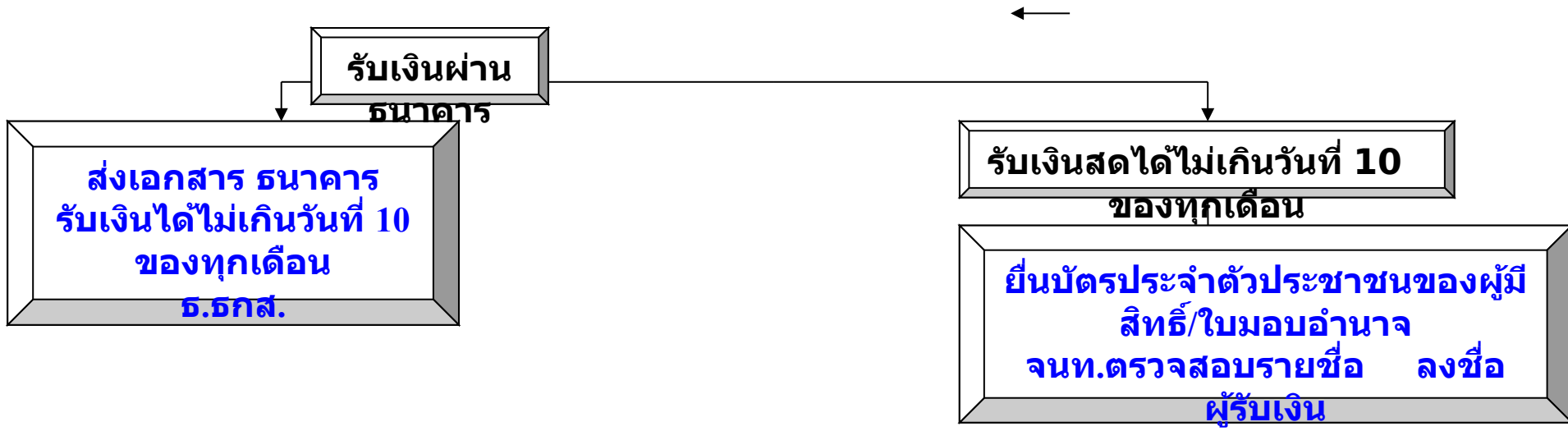
แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การเบิก-จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุ)





แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก-จ่ายเบี้ยความพิการ) 1 นาที/ ราย





**รับเงินผ่าน
ธนาคาร**

**ส่งเอกสาร ธนาคาร
รับเงินได้ไม่เกินวันที่ 10
ของทุกเดือน
ธ.ทกส.**

**รับเงินสดได้ไม่เกินวันที่ 10
ของทุกเดือน**

**ยื่นบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มี
สิทธิ/ใบมอบอำนาจ
จนท.ตรวจสอบรายชื่อ ลงชื่อ
ผู้รับเงิน**

ทะเบียนเลขที่...../2558

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน
ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้อง
เป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบ
อำนาจ).....เลข

ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่
อยู่.....
.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ
เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

ชื่อ.....นามสกุล.....
.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ต.รอก/
ชอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/
เขต.....จังหวัด.....

.....
รหัส

ไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของ

ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่

□ อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท

อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วย
 เอดส์
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่
 เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559
 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มี
 สิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารใน
 นามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มี
 รูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์
 ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและ
 ผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับ
 บำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุก
 ประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้า

หน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง

- หน้าข้อความที่ต้องการ

- ด้านหลัง -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบ คุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบางกระ
--	--

นาย/นาง/นางสาว.....

.....

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

---- แล้ว

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....

.....

(.....

.....)

.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

ที่ก

คณะกรรมการตรวจสอบ

คุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน ไม่

สมควรรับขึ้นทะเบียน

กรรมการ

(ลงชื่อ).....

.....

.....

(.....

.....)

.....

กรรมการ

(ลงชื่อ).....

.....

.....

(.....

.....)

.....

กรรมการ

(ลงชื่อ).....

.....

.....

(.....

.....)

.....

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

.....

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(นายสุรชาติ ใจตุ้ย)

นายกเทศมนตรีตำบลอนดิ่ง

วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวัน

ที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2559 ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2558 ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2559) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน 2558 ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

ทะเบียนเลขที่...../2558

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา สามี - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการ อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงทะเบียน ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบ
อำนาจ).....เลข

ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

- - - - ที่
อยู่.....

โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว
อื่นๆ (ระบุ)

ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวัน

ที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....

.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/

ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/

ชุมชน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/

เขต.....จังหวัด.....

.....

รหัส

ไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ - -

- -

ประเภทคนพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทาง

สติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความ

พิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความ

พิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่

อื่น ๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อ

ได้.....โทรศัพท์.....

.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคย

ได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ.....

ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

อื่นๆ (ระบุ)

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ

ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

มีอาชีพ (ระบุ).....รายได้ต่อเดือน

(ระบุ).....(บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบ

อำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
 ในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 ธนาคาร.....
 สาขา.....เลขบัญชี - -
 -

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือ สำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบียดความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตร ประจำตัวประชาชน 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"/> <input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ยังขาดคุณสมบัติ</p> <p>..... </p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบ คุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรี / นายก อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่ สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... </p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p>
--	--

(ลงชื่อ)..... (.....)) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเบียด (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ลงชื่อ)..... <div style="text-align: right;"> (นายสุบรรณ เมิกขวง) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง </div> <div style="text-align: center;"> วัน </div> ที่/เดือน/ปี.....	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวัน
 ที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบียดความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยจะเริ่มรับเงินเบียดความพิการ **ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2559 ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน** กรณีผู้พิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (**ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2558 ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2559**) จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเบียดความพิการ

ณ ที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน 2558 ทั้งนี้
เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

ทะเบียนเลขที่...../2558

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. 2559**

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้อง

เป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน

.....

ที่

อยู่.....

.....

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.....รหัส

ไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

.....

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อ

ได้.....โทรศัพท์.....

.....

เกี่ยวข้องกับโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ใน
บัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.
2559 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ
จากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนาม
บุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบ
อำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้น
เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

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

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้า
ข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ
นาย/นาง/นางสาว.....
.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว
 เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน
 เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ
ดังนี้.....
.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
ทะเบียน
(.....)
ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สมควรรับขึ้นทะเบียน
 ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....) (.....)
(.....)
กรรมการ กรรมการ
กรรมการ

คำสั่ง

- รับขึ้นทะเบียน
 ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....

(นายสุบรรณ เม็กขวง)
นายกองค้การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง

วัน

ที่/เดือน/ปี.....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
โดยหนังสือฉบับนี้

ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือ
บัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ.....เมื่อวัน
ที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/
ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/
ชุมชน.....
ตำบล.....อำเภอ.....
.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้

..... ซึ่งเป็นผู้ถือ
บัตร.....
เลขที่..... ออกให้ ณ.....เมื่อวัน
ที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/
ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/
ชุมชน.....
ตำบล.....อำเภอ.....
.....จังหวัด.....

เป็นผู้มี

อำนาจ.....
.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือ
มอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อ
หน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)