



๖. กองสวัสดิการสังคม

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

เทศบาลนครอุบลราชธานี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม
สำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี
๑๔๗ ถนนศรีณรงค์
ตำบลในเมือง อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐
โทร. ๐๔๕ - ๒๔๑๔๔๒

วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี
ในวันและเวลาราชการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (กำหนดอายุตามปีงบประมาณ)
๓. มีภูมิลำเนา(ทะเบียนบ้าน)อยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี
๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ ผู้รับเงินเบี้ยยังชีพตามระเบียบของกระทรวงมหาดไทยหรือกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุที่อยู่ใน

สถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ ผลประโยชน์

ตอบแทนอย่างอื่นที่จัดให้เป็นประจำ



ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

- ๑.๑ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติยื่นแบบคำขอลงทะเบียน พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา
- ๑.๒ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและตรวจสอบคุณสมบัติ
- ๑.๓ เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติพิจารณาให้ความเห็น
- ๑.๔ นายกเทศมนตรีพิจารณาและออกคำสั่ง โดยจัดทำประกาศรายชื่อหลังจากปิดรับลงทะเบียนอีกครั้ง

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๓ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|--|--------------|
| ๑. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก (ธนาคารกรุงไทยหรือธนาคารออมสิน ประเภทออมทรัพย์หรือเพื่อเรียก) | จำนวน ๑ ฉบับ |

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อร้องเรียน ได้ที่โรงเรียน / สถานศึกษา โทรศัพท์ หรือเว็บไซต์

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้ยื่นคำขอ ฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน ---

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เขียนที่สำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง/ นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....ตรอก/ ซอย.....

ถนน.....ตำบล ในเมือง อำเภอ เมืองอุบลราชธานี

จังหวัด อุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000 หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

[illegible]

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล /แขวง.....อำเภอ /เขต.....

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

เกี่ยวข้องกับโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☒ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีดำของการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล งบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2554 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

□ คำนำสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลายมือชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเขียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ *ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมายใน ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ



ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน []-[] [] [] [] []-[] [] [] [] []-[] [] [] [] แล้ว

☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

() () ()

ประธานกรรมการฯ

กรรมการฯ

กรรมการฯ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่น ๆ.....

.....

ลงชื่อ

วัน/เดือน/ปี.....



หนังสือมอบอำนาจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
 อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย.....ตำบลในเมือง
 อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ขอมอบอำนาจให้(นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
 อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....

.....☐ เป็นผู้มียอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

.....☐ เป็นผู้ที่ ข้าพเจ้ามอบอำนาจโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจ

.....☐ เป็นผู้ที่ข้าพเจ้ามอบอำนาจรับเงินสดแทน

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
 ตนเองทั้งสิ้น ในกิจการอื่นความจำนงแทนข้าพเจ้าในการขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินงานตามนโยบายเร่งด่วนของ
 รัฐบาลงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน กช./อสม.
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)



คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

เทศบาลนครอุบลราชธานี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม
สำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี
๑๔๗ ถนนศรีณรงค์
ตำบลในเมือง อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐
โทร.๐๔๕ - ๒๔๑๔๔๒

วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี
ในวันและเวลาราชการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีบัตรประจำตัวผู้พิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๓. มีภูมิลำเนา(ทะเบียนบ้าน)อยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑.๑ ผู้พิการที่มีคุณสมบัติยื่นแบบคำขอลงทะเบียน

พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา

๑.๒ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและตรวจสอบคุณสมบัติ

๑.๓ เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติพิจารณาให้

ความเห็น

๑.๔ นายกเทศมนตรีพิจารณาและออกคำสั่ง โดยจัดทำ

ประกาศรายชื่อหลังจากปิดรับลงทะเบียนอีกครั้ง



ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๓ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|---|--------------|
| ๑. บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก
(ธนาคารกรุงไทยหรือธนาคารออมสิน ประเภทออมทรัพย์หรือเผื่อเรียก) | จำนวน ๑ ฉบับ |



ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□□□ แล้ว

☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

() () ()

ประธานกรรมการฯ

กรรมการฯ

กรรมการฯ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่น ๆ.....

.....

ลงชื่อ

วัน/เดือน/ปี.....



ลำดับที่.....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....
วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย..... ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ขอมอบอำนาจให้(นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย..... ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

เทศบาลนครอุบลราชธานี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม
สำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี
๑๔๗ ถนนศรีณรงค์
ตำบลในเมือง อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐
โทร.๐๔๕ - ๒๔๑๔๔๒

วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี
ในวันและเวลาราชการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
๓. มีภูมิลำเนา(ทะเบียนบ้าน)อยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

- ๑.๑ ผู้พิการที่มีคุณสมบัติยื่นแบบคำขอลงทะเบียน พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา
- ๑.๒ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและตรวจสอบคุณสมบัติ
- ๑.๓ เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติพิจารณาให้ความเห็น
- ๑.๔ นายกเทศมนตรีพิจารณาและออกคำสั่ง โดยจัดทำประกาศรายชื่อหลังจากปิดรับลงทะเบียนอีกครั้ง



ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๓ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์
(ใบรับรองแพทย์ต้องไม่เกิน ๓ เดือน)
๔. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก (ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์) จำนวน ๑ ฉบับ

อัตราค่าธรรมเนียม (ไม่มี)

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
งานสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครอุบลราชธานี
โทรศัพท์ ๐๔๕-๒๔๖๐๖๐ ต่อ ๑๘๓ หรือ ๐๔๕-๒๔๖๐๖๐ ต่อ ๑๗๔

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

(ตามเอกสารแนบท้าย)



ทะเบียนเลขที่...../๒๕๕๙

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยผู้พิการติดเชื้อเอชไอวี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙

ผู้ยื่นคำขอ ฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้พิการติดเชื้อเอชไอวีที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี

วันที่.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

เรียน นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/เด็กหญิง/เด็กชาย) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

ตำบล ในเมือง อำเภอ เมืองอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000 หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อดได้.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

สถานภาพ [] โสด [] สมรส [] หย่าร้าง [] แยกกันอยู่ [] อื่น ๆ.....

อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น [] บิดา - มารดา [] บุตร [] สามเณร - ภรรยา [] พี่น้อง [] อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ [] ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ [] อยู่ในบัญชีสำรวจการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยผู้พิการติดเชื้อเอชไอวี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้
(เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... เลขที่บัญชี

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการติดเชื้อเอชไอวีขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

☐ ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลายมือชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ *ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมายใน ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ



ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ (นาย/นาง/นางสาว/เด็กหญิง/เด็กชาย).....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - แล้ว

☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ไม่ใช่คุณสมบัติ ดังนี้

.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

(.....) (.....) (.....)

ประธานกรรมการฯ

กรรมการฯ

กรรมการฯ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

วัน/เดือน/ปี.....



ทะเบียนเลขที่ 1 / 2559

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยผู้พิการติดเชื้อเอดส์ ประจำปีงบประมาณ 2559

ผู้ยื่นคำขอ ☒ แจ้งด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้พิการติดเชื้อเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี

วันที่ 1 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

เรียน นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/เด็กหญิง/เด็กชาย) ชื่อ ดีใจ นามสกุล ใจดี

เกิดวันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2515 อายุ 43 ปี สัญชาติ ไทย

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ 9999 ตรอก / ซอย ถนน ชยางกูร

ตำบล ในเมือง อำเภอ เมืองอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000 หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่ได้ 099-9999999

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 1

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☒ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

อาชีพ รับจ้างทั่วไป รายได้ต่อเดือน 6,000 บาท

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ นางสาวใจดี โทรศัพท์ 088-8888888

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร - ภรรยา ☒ พี่น้อง ☐ อื่น ๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☒ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยผู้พิการติดเชื้อเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้
(เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☒ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....กรุงไทย (สาขาอุบลราชธานี).....เลขที่บัญชี 999 - 9 - 99999 - 9

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☒ สำเนาทะเบียนบ้าน

☒ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการติดเชื้อเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

☒ ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ) ดีใจ ใจดี ผู้ยื่นคำขอ

(.....นายดีใจ ใจดี.....)

(ลายมือชื่อ) ภัศราภรณ์ อุดมรัตน์ เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(นางสาวภัศราภรณ์ อุดมรัตน์.)

หมายเหตุ *ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมายใน ☒ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ



ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ (นาย/นาง/นางสาว/เด็กหญิง/เด็กชาย) ดีใจ ใจดี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

☒ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

.....

(ลงชื่อ) ภัศราภรณ์ อุดมรัตน์ เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(นางสาวภัศราภรณ์ อุดมรัตน์..)

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

(.....) (.....) (.....)

ประธานกรรมการฯ

กรรมการฯ

กรรมการฯ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

วัน/เดือน/ปี.....