คู่มือสำหรับประชาชน

สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	งานบริการขอรับข้อมูลข่าวสาร
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม
ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
๑.ติดต่อด้วยตนเอง ณ สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา ๒. ค้นหาผ่านเว็บไซต์ องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา https://www.obt-salaya.go.th หรือแบนเนอร์ ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอิเล็กทรอนิกส์ของทางราชการ http://www.oic.go.th/infocenter๗๔/๗๔๐๖ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ๓. โทรศัพท์ ๐๒ ๔๓๑๓๔๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

มาตรา ๙ แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐต้องจัดให้มีข้อมูลข่าวสารของทางราชการอย่างน้อยตามที่กฎหมายกำหนดไว้ให้ประชาชนเข้าตรวจดูได้ ประกอบกับคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการได้มีประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการจัดให้มีข้อมูลข่าวสารของราชการไว้ให้ประชาชนเข้าตรวจดู ณ ที่ทำการของหน่วยงาของรัฐ โดยเรียกสถานที่ที่จัดเก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสารและให้บริการว่า "ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร" โดยมีเอกสาร ดังนี้

<u>มาตรา ๗</u> หน่วยงานของรัฐต้องส่งข้อมูลข่าวสารของราชการอย่างน้อยดังต่อไปนี้ลงพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษา

(๑) โครงสร้างและการจัดองค์กรในการดำเนินงาน

(๒) สรุปอำนาจหน้าที่ที่สำคัญและวิธีการดำเนินงาน

(๓) สถานที่ติดต่อเพื่อขอรับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำในการติดต่อกับหน่วยงานของรัฐ

(๔) กฎ มติคณะรัฐมนตรี ข้อบังคับ คำสั่ง หนังสือเวียน ระเบียบ แบบแผน นโยบาย หรือการตีความ ทั้งนี้เฉพาะที่จัดให้มีขึ้น โดยมีสภาพอย่างกฎ เพื่อให้มีผลเป็นการทั่วไปต่อเอกชนที่เกี่ยวข้อง

(๕) ข้อมูลข่าวสารอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด ข้อมูลข่าวสารใดที่ได้มีการจัดพิมพ์เพื่อให้แพร่หลายตามจำนวนพอสมควรแล้ว ถ้ามีการลงพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษาโดยอ้างอิง ถึงสิ่งพิมพ์นั้นก็ให้ถือว่าเป็นการปฏิบัติตามบทบัญญัติวรรคหนึ่งแล้ว ให้หน่วยงานของรัฐรวบรวมและจัดให้มีข้อมูลข่าวสารตามวรรคหนึ่ง ไว้เผยแพร่เพื่อขายหรือจำหน่ายจ่ายแจก ณ ที่ทำการ ของหน่วยงานของรัฐแห่งนั้นตามที่เห็นสมควร

<u>มาตรา ๙</u> ภายใต้บังคับมาตรา ๑๔ และมาตรา ๑๕ หน่วยงานของรัฐต้องจัดให้มีข้อมูลข่าวสารของราชการอย่างน้อยดังต่อไปนี้ ไว้ให้ประชาชนเข้าตรวจดูได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการ

กำหนด

(๑) ผลการพิจารณาหรือคำวินิจฉัยที่มีผลโดยตรงต่อเอกชน รวมทั้งความเห็นแย้งและคำสั่งที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาวินิจฉัยดังกล่าว

(๒) นโยบายหรือการตีความที่ไม่เข้าข่ายต้องลงพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษาตามมาตรา ๗ (๔)

(๓) แผนงาน โครงการ และงบประมาณรายจ่ายประจำปีของปีที่กำลังดำเนินการ

(๔) คู่มือหรือคำสั่งเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งมีผลกระทบถึงสิทธิหน้าที่ของเอกชน

(๕) สิ่งพิมพ์ที่ได้มีการอ้างอิงถึงตามมาตรา ๗ วรรคสอง

(๖) สัญญาสัมปทาน สัญญาที่มีลักษณะเป็นการผูกขาดตัดตอนหรือสัญญาร่วมทุนกับเอกชนในการจัดทำบริการสาธารณะ

(๗) มติคณะรัฐมนตรี หรือมติคณะกรรมการที่แต่งตั้งโดยกฎหมาย หรือโดยมติคณะรัฐมนตรี ทั้งนี้ให้ระบุรายชื่อรายงาน ทางวิชาการ รายงานข้อเท็จจริง หรือข้อมูลข่าวสารที่นำมาใช้ในการพิจารณาไว้ด้วย

(๘) ข้อมูลข่าวสารอื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้มาตรวจดูข้อมูลข่าวสารลงชื่อในสมุดทะเบียน ๒. ผู้มาขอตรวจดูข้อมูลข่าวสาร สามารถตรวจค้นหาข้อมูลได้ด้วยตนเอง หรือจะขอให้ เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ช่วยแนะนำค้นหาให้ก็ได้ ๓. หากผู้มาขอตรวจดูข้อมูลข่าวสารประสงค์จะได้สำเนา หรือสำเนาข้อมูลข่าวสารที่มีคำร้องถูกต้อง ให้ยื่นคำร้องตามแบบฟอร์มที่องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายากำหนด หรือเขียนขึ้นเองโดยระบุข้อมูลข่าวสารที่ต้องการ ในลักษณะที่อาจเข้าใจได้ตามควร	สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา

ระยะเวลา

๑.กำหนดระยะเวลาภายในวันทำการที่มีคำขอนั้น

๒. การให้บริการสำเนาข้อมูลข่าวสารอื่น ๆ ที่พร้อมจะให้ ได้กำหนดระยะเวลาภายในวันทำการที่ขอ หรือโดยเร็ว ทั้งนี้ไม่เกิน ๑๕ วัน

๓. ในกรณีที่ข้อมูลข่าวสารที่ขอมีจำนวนมาก หรือไม่สามารถรวบรวมสำเนาให้แล้วเสร็จภายใน ๑๕ วัน องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายาจะแจ้งให้ผู้ขอทราบภายใน ๑๕ วัน ว่าจะให้มารับข้อมูลข่าวสารได้ในวันที่เท่าใด

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

-บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

ค่าธรรมเนียม

ตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ เรื่องการเรียกค่าธรรมเนียมการขอสำเนาหรือขอสำเนาที่มีคำรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารของราชการ ปี ๒๕๕๒ ดังนี้

๑. ขนาดกระดาษ เอ ๔ หน้าละ ๑ บาท

๒. ขนาดกระดาษ เอฟ ๑๔ หน้าละ ๑.๕๐ บาท

๓. ขนาดกระดาษ บี ๔ หน้าละ ๒ บาท

๔. ขนาดกระดาษ เอ ๓ หน้าละ ๓ บาท

๕. ขนาดกระดาษพิมพ์เขียว เอ ๒ หน้าละ ๘ บาท

๖. ขนาดกระดาษพิมพ์เขียว เอ ๑ หน้าละ ๑๕ บาท ๗. ขนาดกระดาษพิมพ์เขียว เอ ๐ หน้าละ ๓๐ บาท ๘. คำรับรองสำเนาเอกสารลายมือชื่อละ ๕ บาท
การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์ ๐๒ ๔๓๑๓๔๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒ หรือทางเว็บไซต์ www.obt-salaya.go.th
ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำร้องขอข้อมูลข่าวสารของราชการ
องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อาชีพ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

บ้านเลขที่/สถานที่ทำงาน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ประสงค์ ☐ ขอเอกสาร/ ข้อมูล ☐ ขอเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสาร เรื่องดังนี้

(๑).....

(๒).....

(๓).....

เพื่อนำไป.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมจ่ายค่าธรรมเนียมตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารราชการกำหนด

ลงชื่อ.....ผู้ขอ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง

(.....)

(สำหรับเจ้าหน้าที่) ได้ดำเนินการ ☐ ให้ข้อมูล/เอกสารที่ผู้ขอต้องการแล้ว ☐ ให้เข้าตรวจดูข้อมูล/เอกสารแล้ว ☐ นัดมารับเอกสาร วันที่ ..... ☐ เปิดเผยได้เฉพาะบางส่วน ☐ ไม่สามารถเปิดเผยได้เพราะ..... ..... ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....) ตำแหน่ง.....	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา - เห็นควรพิจารณา ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... **(คำอนุมัติ)** ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา
(สำหรับหัวหน้าหน่วยงาน) เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล - เห็นควรพิจารณา ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักงานปลัด อบต.	**(สำหรับผู้ขอ)** ข้าพเจ้า ☐ ได้รับบริการตามที่ขอเรียบร้อยแล้ว ☐ ได้ชำระเงินค่าทำสำเนาเอกสาร .....บาท ☐ ได้ชำระเงินค่าทำสำเนามีผู้รับรอง .....บาท ☐ ไม่ต้องชำระเงิน เพราะมีรายได้น้อย/ เป็นบริการของ อบต. ศาลายา ลงชื่อ.....ผู้ขอ (.....)

ตัวอย่างการกรอกข้อมูล

แบบคำร้องขอข้อมูลข่าวสารของราชการ

องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

วันที่ ๑๐ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๘.

ข้าพเจ้า นายรักชาติ ยิ่งชีพ อายุ ๓๐ ปี อาชีพ รับราชการ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ๙๙๙๙๙๙๙๙๙๙๙๙ บ้านเลขที่/สถานที่ทำงาน ๙๙ หมู่ ๙ ตำบล/แขวง ศาลายา อำเภอ/เขต พุทธมณฑล จังหวัด นครปฐม โทรศัพท์ ๐๒-๒๒๒๒๒๒๒

ประสงค์ ☑ ขอเอกสาร/ ข้อมูล ☐ ขอเข้าตรวจดูข้อมูลข่าวสาร เรื่องดังนี้

(๑) ข้อมูลทั่วไปขององค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

(๒).....

(๓).....

เพื่อนำไป ประกอบการจัดทำวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโท

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมจ่ายค่าธรรมเนียมตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารราชการกำหนด

ลงชื่อ รักชาติ ยิ่งชีพ ผู้ขอ

(นายรักชาติ ยิ่งชีพ)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง

(.....)

(สำหรับเจ้าหน้าที่) ได้ดำเนินการ ☐ ให้ข้อมูล/เอกสารที่ผู้ขอต้องการแล้ว ☐ ให้เข้าตรวจดูข้อมูล/เอกสารแล้ว ☐ นัดมารับเอกสาร วันที่ ..... ☐ เปิดเผยได้เฉพาะบางส่วน ☐ ไม่สามารถเปิดเผยได้เพราะ..... ..... ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....) ตำแหน่ง.....	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา - เห็นควรพิจารณา ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล **(คำอนุมัติ)** ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา
(สำหรับหัวหน้าหน่วยงาน) เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล - เห็นควรพิจารณา ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักงานปลัด อบต.	**(สำหรับผู้ขอ)** ข้าพเจ้า ☐ ได้รับบริการตามที่ขอเรียบร้อยแล้ว ☐ ได้ชำระเงินค่าทำสำเนาเอกสาร .....บาท ☐ ได้ชำระเงินค่าทำสำเนามีผู้รับรอง .....บาท ☐ ไม่ต้องชำระเงิน เพราะมีรายได้น้อย/เป็นบริการของ อบต. ศาลายา ลงชื่อ.....ผู้ขอ (.....)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การรับแจ้งเรื่องราวร้องทุกข์
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา โทรศัพท์ ๐๒ ๔๓๑๓๔๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒ ต่อ ๑๐๔	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. เป็นเรื่องที่มีชื่อและที่อยู่ของผู้ร้อง ซึ่งสามารถตรวจสอบตัวตนได้

๒. เรื่องที่อาจนำมาร้องเรียน/ร้องทุกข์ได้ ต้องเป็นเรื่องที่ใช้ถ้อยคำสุภาพและเป็นกรณีที่ผู้ร้องได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายหรือขอความช่วยเหลือ

๓. หนังสือต้องระบุเรื่องอันเป็นเหตุให้ต้องร้องเรียน/ร้องทุกข์ พร้อมทั้งข้อเท็จจริงหรือพฤติการณ์ตามสมควร

๔. ข้อเท็จจริงที่ได้ยื่นเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ต้องเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด โดยผู้ร้องต้องรับผิดชอบต่อข้อเท็จจริงดังกล่าวข้างต้นทุกประการ

๕. ผู้ใดนำความเท็จมาร้องเรียน/ร้องทุกข์ ต่อเจ้าหน้าที่ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย ผู้นั้นต้องรับผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

๖.เรื่องที่ไม่ปรากฏตัวตนผู้ร้องหรือตรวจสอบตัวตนของผู้ร้องหรือตรวจสอบตัวตนของผู้ร้องไม่ได้หรือมีลักษณะเป็นบัตรสนเทห์ อาจรับไว้พิจารณาก็ได้ ถ้าหากไม่ระบุหลักฐาน กรณีแวดล้อมปรากฏชัดแจ้ง ตลอดจนชี้พยานบุคคลแน่นอนสามารถสืบสวนข้อเท็จจริงต่อไปได้และเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ประชาชนยื่นคำร้องต่อเจ้าหน้าที่ (ระยะเวลา ๒ นาที) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อเท็จจริงเรื่องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์ (ระยะเวลา ๒ วัน/ราย) ๓. เจ้าหน้าที่รายงานผลการตรวจสอบต่อผู้บริหาร (ระยะเวลา ๒ วัน/ราย) ๔. ผู้บริหารพิจารณาเรื่องราวร้องเรียน/ร้องทุกข์และสั่งการ (ระยะเวลา ๒ วัน/ราย) ๕.เจ้าหน้าที่แจ้งผลการดำเนินการให้ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์ทราบ (ระยะเวลา ๑วัน/ราย)	สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นภายใน ๗ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้ ๑. บัตรประชาชนของผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์ ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์ จำนวน ๑ ฉบับ
ค่าธรรมเนียม
ไม่เสียค่าธรรมเนียม
การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์ ๐๒๔๓๑๓๔๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒ ต่อ ๑๐๔ หรือทางเว็บไซต์ www.obt-salaya.go.th
ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

เรื่อง ร้องทุกข์/ร้องเรียนกรณี.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
ถือบัตร.....เลขที่.....
ออกโดย.....วันออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....
มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ร้องเรียน เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายาพิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาในเรื่อง.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกข์/ร้องเรียนตามข้างต้นเป็นจริง และยินดีรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญาหากจะพึงมี

โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องทุกข์/ร้องเรียน (ถ้ามี) ได้แก่

๑) ..... จำนวน.....ชุด
๒) ..... จำนวน.....ชุด
๓) ..... จำนวน.....ชุด
๔) ..... จำนวน.....ชุด
๕) ..... จำนวน.....ชุด
๖) ..... จำนวน.....ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียน

ตัวอย่างการกรอกข้อมูล
แบบคำร้องทุกข์/ร้องเรียน

ที่องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

วันที่ ๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘

เรื่อง ร้องทุกข์/ร้องเรียนกรณี ได้รับความเดือดร้อนจากกลิ่นเหม็นจากโรงงาน

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

ข้าพเจ้า นายรักไทย ยิ่งชีพ อายุ ๕๐ ปี อยู่บ้านเลขที่ ๕๕ หมู่ที่ ๕ ตำบล ศาลายา อำเภอ พุทธมณฑล จังหวัด นครปฐม โทรศัพท์ ๐ ๒๙๙๙ ๙๙๙๙
อาชีพ รับจ้าง ตำแหน่ง ผู้จัดการโรงงาน ถือบัตร ประจำตัวประชาชน เลขที่ ๑๒๓๔๕๖๗๘๙๑๐ ออกโดย อำเภอพุทธมณฑล วันออกบัตร ๑ มกราคม ๒๕๕๘ บัตรหมดอายุ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓
มีความประสงค์ขอร้องทุกข์/ร้องเรียน เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายาพิจารณาดำเนินการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาในเรื่อง ข้าพเจ้าได้รับความเดือดร้อนเนื่องจากโรงงานผลิตลูกชิ้นบริเวณข้างบ้านของข้าพเจ้าส่งกลิ่นเหม็นในเวลากลางคืน จึงขอให้ทางองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายาช่วยตรวจสอบและช่วยแก้ไขให้ข้าพเจ้าด้วย

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำร้องทุกข์/ร้องเรียนตามข้างต้นเป็นจริง และยินดีรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญาหากจะพึงมี

โดยข้าพเจ้าขอส่งเอกสารหลักฐานประกอบการร้องทุกข์/ร้องเรียน (ถ้ามี) ได้แก่

๑) สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ชุด
๒) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
๓) หลักฐานประกอบอื่น ๆ จำนวน ๑ ชุด
๔) ..... จำนวน..... ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ผู้ร้องทุกข์/ร้องเรียน

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การช่วยเหลือบรรเทาสาธารณภัย
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา โทรศัพท์/โทรสาร ๐๙๘๒ ๔๗๒๓๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒ ต่อ ๑๐๔	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ในกรณีฉุกเฉินโทรศัพท์แจ้งเหตุได้ทางโทรศัพท์)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินทดรองราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ด้านการให้ผู้ประสบภัย และด้านการปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย) และผู้ประสบภัยต้องแจ้งเหตุต่อฝ่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยภายในเวลา ๒๔ ชั่วโมง

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้ประสบภัยเขียนคำร้องต่อองค์การบริหารตำบลศาลายาภายในเวลา ๒๔ ชั่วโมง หลังเกิดภัย ๒. เจ้าหน้าที่ (ฝ่ายป้องกันฯ) ตรวจสอบข้อมูลความเสียหาย ๓. ออกหนังสือรับรองผู้ประสบภัย ๔. รายงานนายอำเภอ	สำนักปลัด อบต.ศาลายา

ระยะเวลา

ขั้นตอนที่ ๑ – ๓ ใช้เวลา ๑ วัน ผู้ประสบภัยจะได้รับเงินชดเชยค่าความเสียหายตามหลักเกณฑ์ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินทดรองราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสพภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ด้านการให้ผู้ประสบภัย และด้านการปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย) ภายในระยะเวลา ๙๐ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. บัตรประชาชน
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

คำร้องทั่วไป

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรื่อง .....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

ข้าพเจ้า ..... อายุ .....ปี สัญชาติ .....
เชื้อชาติ .....ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล .....
อำเภอ ..... จังหวัด ..... เบอร์โทร .....
ขอให้องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา ดำเนินการดังนี้.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) .....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

(.....) หัวหน้าสำนักปลัด

(.....) รองปลัด อบต.ศาลายา

(.....) ปลัด อบต.ศาลายา

คำสั่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

.....

(.....)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การสนับสนุนน้ำอุปโภคบริโภค
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม
ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา โทรศัพท์ ๐๒ ๔๓๑๓๔๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๒ อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล มาตรา ๖๘ ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย องค์การบริหารส่วนตำบลอาจจัดทำกิจการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ดังต่อไปนี้ (๑) ให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค และการเกษตร

เมื่อประชาชนมีความประสงค์จะขอซื้อน้ำอุปโภคบริโภคต่อองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา ให้ประชาชนยื่นคำร้องต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายาและองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายาจะบริการน้ำอุปโภคบริโภคให้กับบ้านเรือนประชาชนที่เดือดร้อน ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายาก่อนเป็นอันดับแรก

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ประชาชนเขียนคำร้องต่อองค์การบริหารตำบลศาลายา ๒. เจ้าหน้าที่ (ฝ่ายป้องกันฯ)เสนอผู้บังคับบัญชา เพื่อขออนุมัติ บริการน้ำให้ประชาชน ๓. เจ้าหน้าที่นำรถบรรทุกน้ำออกส่งน้ำให้กับประชาชน	สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นไม่เกิน ๓ ชั่วโมง หรือ ในกรณีเร่งด่วนเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานทันทีเมื่อได้รับคำร้อง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. บัตรประจำตัวประชาชน

ค่าธรรมเนียม

รถดับเพลิง ๑๐ ล้อ ขนาดบรรจุน้ำ ๑๒,๐๐๐ ลิตร ครั้งละ 500 บาท

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์ ๐๒ ๔๓๑๓๔๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒ ต่อ ๑๐๔ หรือทางเว็บไซต์ www.obt-salaya.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

คำร้องทั่วไป

เขียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรื่อง .....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

ข้าพเจ้า ..... อายุ .....ปี สัญชาติ .....
เชื้อชาติ .....ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล .....
อำเภอ ..... จังหวัด ..... เบอร์โทร .....
ขอให้องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา ดำเนินการดังนี้.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) .....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

(.....)	(.....)	(.....)
หัวหน้าสำนักปลัด	รองปลัด อบต.ศาลายา	ปลัด อบต.ศาลายา

คำสั่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

.....

(.....)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การรับนักเรียนเข้าเรียนระดับก่อนวัยเรียนสถานศึกษาในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา โทรศัพท์ ๐๒๔๓๑๓๔๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๒ อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล มาตรา ๖๗ (๕) ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม และพระราชบัญญัติกำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ “มาตรา ๑๖ ให้เทศบาล เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง

กำหนดเวลารับสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๑ มีนาคม ของทุกปี

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์มใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา (ระยะเวลา ๖ นาที) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน (ระยะเวลา ๒ นาที)	สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นภายใน ๓๑ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. สูติบัตร (ใบเกิด) ตัวจริง พร้อมสำเนา	จำนวน ๑ ชุด
๒. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)	จำนวน ๖ ใบ
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน (บิดา,มารดา,ตัวเด็ก)	จำนวน ๑ ชุด
๔. บัตรประจำตัวประชาชน (บิดา,มารดา)	จำนวน ๑ ชุด
๕. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อเด็ก (ถ้ามี)	จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สมุดบันทึกสุขภาพพร้อมสำเนาประวัติการรับวัคซีน (เล่มสีชมพู)	จำนวน ๑ ชุด

ค่าธรรมเนียม
ไม่เสียค่าธรรมเนียม
การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์ ๐๒ ๔๓๑๓๔๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒ ต่อ ๑๐๔ หรือทางเว็บไซต์ www.obt-salaya.go.th
ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ใบสมัคร

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านศาลายา

รูป

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลเด็ก

1. เด็กชื่อ – นามสกุล (ด.ช./ด.ญ.).....ชื่อเล่น.....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน
   โรคประจำตัว.....
3. ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....
   อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
4. ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
   อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
   เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
   บิดาชื่อ-นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....
   มารดาชื่อ-นามสกุล.....วุฒิการศึกษา.....อาชีพ.....
   มีพี่น้องร่วมบิดา-มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะเด็ก

1. ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ
   1.1 ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ทั้งบิดา-มารดาร่วมกัน
   1.2 ☐ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....
   1.3 ☐อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
2. ผู้ดูแลอุปการะเด็ก ตามข้อ 1
   2.1 ชื่อ.....อาชีพ.....
   2.2 มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน.....บาท
   2.3 ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก
3. ผู้ที่จะส่ง-รับเด็ก(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
   โดยเกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก เบอร์โทรติดต่อ.....

คำรับรอง

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านศาลายาเข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติ ครบถ้วนถูกต้องตามความประกาศ และหลักฐานที่ใช้ในการสมัครเป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง
2. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของอบต.ศาลายา
3. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของอบต.ศาลายา และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านศาลายากำหนด

ลงชื่อผู้นำเด็กมาสมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบมอบตัว

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านศาลายา อบต.ศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครองของเด็กชาย/เด็กหญิง.....
เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.ศาลายา และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านศาลายา ดังนี้

1. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.ศาลายาอย่างเคร่งครัด
2. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านศาลายา ในการจัดการเรียนการสอนและขจัดปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด

.....

เบอร์โทรศัพท์.....อนึ่งถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง.....
เจ็บป่วย จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาล หรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์ฯ จัดการไปตามความเห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

<u>ผู้ส่งมอบเด็ก</u>

(นาย/นาง/นางสาว).....โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รูป

ทะเบียนประวัตินักเรียน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านศาลายา อบต.ศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

เลขประจำตัว.....

เด็กชาย/เด็กหญิง.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

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

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

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

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

สุขภาพโดยรวมของเด็ก ☐ สมบูรณ์ ☐ ไม่สมบูรณ์ คือ.....

กรุ๊ปเลือด ☐ เอ ☐ บี ☐ เอบี ☐ โอ

บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ชื่อ-นามสกุลผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

รายได้.....บาท/เดือน

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบันของนักเรียน เลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

มีพี่น้องทั้งหมด.....คน เป็นชาย..... เป็นหญิง..... นักเรียนเป็นบุตรคนที่.....น้ำหนัก.....กิโลกรัม

สูง.....เซนติเมตร นักเรียนมีโรคประจำตัว.....เมื่อมีอาการควรแก้ไขอย่างไร

.....

ประวัติแพ้ยา(บอกชนิดยา).....แพ้อาหาร(บอกชนิด).....

นิสัยในการรับประทานอาหาร.....การดื่มนม.....

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย.....เมื่ออายุ.....ปี

การได้รับภูมิคุ้มกัน.....

นักเรียนเคยเข้าโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็กมาก่อน.....

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของนักเรียน.....

เด็กต้องได้รับการดูแลพิเศษในเรื่อง.....

ข้อมูลอื่น ๆ ที่ควรแจ้งให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต.ศาลายา ได้รับทราบ

.....

.....

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
สำนักปลัด อบต.ศาลายา โทรศัพท์ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒ ๐๒๔๓๑๓๔๓๔	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ข้อ ๙ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๖ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์

ข้อ ๙ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๖ ที่มีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำร้องต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่

ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

แบบคำขอรับการสงเคราะห์และหนังสือมอบอำนาจให้เป็นไปตามกระทรวงมหาดไทยกำหนด

ข้อ ๑๐ เมื่อมีผู้ป่วยเอดส์มายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ตามข้อ ๙ ให้พนักงานส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ออกไปตรวจสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยให้นำความในข้อ ๗ มาประกอบการพิจารณาจัดลำดับด้วยและให้จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบนี้

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม "แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์" (ระยะเวลา ๖ นาที) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน (ระยะเวลา ๒ นาที) ๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา ๐.๕ วัน) ๔. เสนอผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพ (ระยะเวลา ๐.๕ วัน)	สำนักปลัด อบต.ศาลายา

ระยะเวลา ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน ๒ เดือน
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
๑. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ๒. ทะเบียนบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ ๔. ใบรับรองแพทย์ <u>หมายเหตุ</u> : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์/โทรสาร ๐๒ ๔๓๑๓๔๓๔ , ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒ ต่อ ๑๐๔ หรือทางเว็บไซต์ www.obt-salaya.go.th
ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๕๘

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

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.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน**บ้านเลขที่**.....**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. ๒๕๕๘ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ **๐รับเงินสดด้วยตนเอง** ☐ **๐รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

☐ **๐โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ๐โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

<u>พร้อมแนบเอกสาร</u> ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ..... แล้ว

☐ ☐ เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ ☐สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ☐ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

คำสั่ง

☐ ☐รับขึ้นทะเบียน

☐ ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่นๆ

.....

.....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

..... / ..... / .....

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 ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

☐ ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ☐ เอกสารอื่นๆ

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลาเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

๓. การยื่นคาร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.ศาลายา โดยมีหลักฐานที่ต้องนามา ดังนี้

๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลาเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลาเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลาเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้อบต.ศาลายาทราบภายใน ๓ วัน

ทะเบียนเลขที่...../2557

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557

ผู้ยื่นคำขอฯ [✓] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล นายมา ธมธม เลขประจำตัวประชาชน 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

ที่อยู่ 1 ม.1 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม

โทรศัพท์ 02-2222222

เขียนที่ อบต.ศาลายา

วันที่ X X เดือน ม.ค. พ.ศ. 58

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/~~นาง~~/~~นางสาว~~) ชื่อ มา นามสกุล ธมธม

เกิดวันที่ 1 เดือน ม.ค. พ.ศ. XXXX อายุ XX ปี สัญชาติ ไทย

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ 1 หมู่ที่ 1 ตรอก/ซอย -

ถนน - ตำบล/แขวง ศาลายา อำเภอ/เขต พุทธมณฑล

จังหวัด นครปฐม รหัสไปรษณีย์ 73170 โทรศัพท์ 02-2222222

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ 1111111111111

สถานภาพสมรส ✓ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ นายมะมา ธมธม โทรศัพท์ 02-2222222

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี-ภรรยา ✓ พี่น้อง อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ✓ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

○รับเงินสดด้วยตนเอง ○รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

○โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ○โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

<u>พร้อมแนบเอกสาร</u> ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(นายมา ธมธม) (.....)

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... แล้ว

☐ เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

คำสั่ง

☐รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ .....

.....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

..... / ..... / .....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
สำนักปลัด อบต.ศาลายา โทรศัพท์ ๐๒ ๔๓๑๓๔๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ ข้อ ๗ กำหนดให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

<u>คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ</u>

๑) มีสัญชาติไทย

๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายาตามทะเบียนบ้าน

๓) มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม "แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ" (ระยะเวลา ๖ นาที) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน (ระยะเวลา ๒ นาที) ๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา ๐.๕ วัน) ๔. เสนอผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อรับขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา ๐.๕ วัน) ๕. ประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ ขององค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา (ภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป)	สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน ๒ เดือน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ
๑. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ๒. ทะเบียนบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ ๔. บัตรประจำตัวคนพิการ <u>หมายเหตุ</u> : ในกรณีที่ผู้พิการที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์ ๐๒ ๔๓๑๓๔๓๔ , ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒ ต่อ ๑๐๔ หรือทางเว็บไซต์ www.obt-salaya.go.th
ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๕๙

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล..... .เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

<u>(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้</u>

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว..... ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ .... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

วัน/เดือน/ปี.....

<u>(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้</u>

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๐ ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน **<u>กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๙ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐</u>**

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๕๗

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ ☑ แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯแทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล นายสน ชมช้อย เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ที่อยู่ 1 ม.1 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม โทรศัพท์ 02-1111111

เขียนที่ อบต.ศาลายา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/~~นาง~~/~~นางสาว~~) ชื่อ สน นามสกุล ชมช้อย

เกิดวันที่ 1 เดือน ม.ค. พ.ศ. XXXX อายุ XX ปี สัญชาติ ไทย มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่ 1 หมู่ที่/ชุมชน 1 ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง ศาลายา อำเภอ/เขต พุทธมณฑล จังหวัด นครปฐม

รหัสไปรษณีย์ 73170 โทรศัพท์ 02-1111111

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก

☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา

☑ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้

☐ พิการซ้ำซ้อน ☐ ไม่ระบุความพิการ

สถานภาพสมรส ☑ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ นายสม ชมช้อย โทรศัพท์ 02-1111111

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☑ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☑ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☑ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☑ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สน (ลงชื่อ).....

(นายสน ชมช้อย) (.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว..... ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ .... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)

คำสั่ง

☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๙ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม
ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
สำนักปลัด อบต.ศาลายา โทรศัพท์ ๐๒๔๓๑๓๔๓๔ ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ	

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ ข้อ ๗ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้ผู้ที่มีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในปีงบประมาณถัดไป ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเอง ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๔ ได้กำหนดอัตราเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้สูงอายุ ๖๐ – ๖๙ ปีจะได้รับ ๖๐๐ บาท
ผู้สูงอายุ ๗๐ – ๗๙ ปีจะได้รับ ๗๐๐ บาท
ผู้สูงอายุ ๘๐ – ๘๙ ปีจะได้รับ ๘๐๐ บาท
ผู้สูงอายุ ๙๐ ปีขึ้นไปจะได้รับ ๑,๐๐๐ บาท

<u>คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ</u>

๑) มีสัญชาติไทย

๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายาตามทะเบียนบ้าน

๓) มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

๔) ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

<u>การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ</u>

ผู้สูงอายุที่มาลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ตั้งแต่วันที่ ตุลาคม - พฤศจิกายน ของปีที่ผ่านมา และเดือนมกราคม – กันยายน ของปีงบประมาณนั้น จะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุในเดือนถัดไปจากเดือนที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ มาลงทะเบียนเพื่อแสดงความจำนงขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทน โดยมีหลักฐานตามที่ราชการกำหนด

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ” (ระยะเวลา ๖ นาที) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน (ระยะเวลา ๒ นาที) ๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา ๐.๕ วัน) ๔. เสนอผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อรับขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา ๐.๕ วัน) ๕. ประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา (ภายในวันที่ ๑๕ ธันวาคม)	สำนักงานปลัด อบต.ศาลายา

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน ๒ เดือน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

๒. ทะเบียนบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

<u>หมายเหตุ</u> : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์
๐๒ ๔๓๑๓๔๓๔ , ๐ ๓๔๒๔ ๖๖๘๒ ต่อ ๑๐๔ หรือทางเว็บไซต์ www.obt-salaya.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่......................./๒๕๕๘

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ
ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตัวเอง [ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น....................
กับผู้สูงอายุที่ขอขึ้นทะเบียน ชื่อ – สกุล...เลขประจำตัวประชาชน
ผู้รับมอบอำนาจ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ที่อยู่...
....โทรศัพท์...

เขียนที่....... อบต.ศาลายา

วันที่...............เดือน.....**พฤศจิกายน**.......พ.ศ....**๒๕๕๘**.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ................................นามสกุล....................................
เกิดวันที่............เดือน.......................................พ.ศ. ....อายุ.................ปี สัญชาติ.................
มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.............หมู่ที่............ ซอย.....................................ถนน.......................
ตำบล.............. อำเภอ.................. จังหวัด..................รหัสไปรษณีย์ ๗๓๑๗๐
โทรศัพท์...หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ
☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ............................
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..โทรศัพท์..
เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา–มารดา ☐ บุตร ☐สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.................. ....
☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ
☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ...

มีความประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(...) (...)

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)- -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ของ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ ..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควร รับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

วันที่..... เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘ .....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำของลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๐ **<u>กรณีผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ จะต้องไปยื่นคำขอลงทะเบียนก่อนสิ้นปีงบประมาณหรือภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘</u>** เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่ .....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ .....ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่ .....ออกให้ ณ .....เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ .....ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า ในกิจการดังต่อไปนี้

( ) ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ
( ) รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ ด้วยเงินสด
( ) รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ โดยโอนผ่านบัญชีธนาคารผู้รับมอบอำนาจ
( ) เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อรับโอนเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๕๗

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ผู้ยื่นคำขอฯ [✓] แจ้งด้วยตัวเอง [ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....

กับผู้สูงอายุที่ขอขึ้นทะเบียน ชื่อ – สกุล นางมา ธีนใจ .....เลขประจำตัวประชาชน

ผู้รับมอบอำนาจ ๖-๖๖๖๖-๖๖๖๖๖-๖๖-๖ ที่อยู่ 5 ม.5

ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม โทรศัพท์ 02-5555555

เขียนที่..... อบต.ศาลายา

วันที่.....เดือน.....พฤศจิกายน.....พ.ศ.....๒๕๕๗.....

ด้วยข้าพเจ้า (~~นาย~~/นาง/~~นางสาว~~) ชื่อ มา นามสกุล ธีนใจ

เกิดวันที่ XX เดือน XXXX พ.ศ. XXXX อายุ XX ปี สัญชาติ ไทย

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ 5 หมู่ที่ 5 ซอย.....ถนน.....

ตำบล ศาลายา อำเภอ พุทธมณฑล จังหวัด นครปฐม รหัสไปรษณีย์ ๗๓๑๗๐

โทรศัพท์ 02-5555555 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ

๖-๖๖๖๖-๖๖๖๖๖-๖๖-๖

สถานภาพ ☑ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ หนูไม่ ธีนใจ โทรศัพท์ 02-5555555

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา–มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☑ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

☑ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ 1 ม.ย. XXXX

มีความประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑วิธี)

☑ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(นางมา ธีนใจ) (.....)

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ของ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ ..... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศาลายา

วันที่..... เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗ .....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๕๘ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๕๙ <u>กรณีผู้สูงอายุย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ จะต้องไปยื่นคำขอลงทะเบียนก่อนสิ้นปีงบประมาณหรือภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๗</u> เพื่อรักษาสิทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙