



## ประชาสัมพันธ์

การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ (รายใหม่)  
องค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน เปิดรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562  
(ในวันและเวลาราชการ) เบอร์โทรศัพท์ 075 – 466348 / 092 – 6481636

คุณสมบัติผู้ลงทะเบียนผู้สูงอายุ	คุณสมบัติผู้ลงทะเบียนผู้พิการ	คุณสมบัติผู้ลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์
<p>เป็นผู้เกิดวันที่ 1 ตุลาคม 2500 – 30 กันยายน 2501 และมีภูมิลำเนาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน (รับลงทะเบียนตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2560 และรับเงินในเดือนตุลาคม 2562)</p>	<p>ต้องเป็นผู้พิการที่ยังไม่เคยลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพ และมีภูมิลำเนาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน (รับลงทะเบียนต่อเนื่องทุกเดือนและรับเงินในเดือนถัดไป)</p>	<p>ต้องเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพ และมีภูมิลำเนาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน (รับลงทะเบียนต่อเนื่องทุกเดือนและรับเงินในเดือนถัดไป)</p>
<p><u>หลักฐานที่ต้องนำมาติดต่อ</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา</li><li>ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา</li><li>สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธ.ก.ส. สาขาพิปูน พร้อมสำเนา</li></ol>	<p><u>หลักฐานที่ต้องนำมาติดต่อ</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>บัตรประจำตัวผู้พิการพร้อมสำเนา</li><li>ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา</li><li>สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธ.ก.ส. สาขาพิปูน พร้อมสำเนา</li></ol>	<p><u>หลักฐานที่ต้องนำมาติดต่อ</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>ใบรับรองแพทย์(ระบุว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ปรากฏอาการ)</li><li>บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา</li><li>ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา</li><li>สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธ.ก.ส. สาขาพิปูน พร้อมสำเนา</li></ol>

หมายเหตุ...ในกรณีที่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์ ไม่สามารถยื่นคำขอได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่น ยื่นคำขอแทนได้ โดยใช้หลักฐานหนังสือมอบอำนาจ  
(จากอบต.) พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้มอบอำนาจ และรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....**

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

ที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลพิบูล.....

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. .... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)  
 รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

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

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
 (.....)

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

### ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....  
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  ..... แล้ว  
 เป็นผู้ที่มีสิทธิครบถ้วน  
 เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

### ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้  
 สมควรรับลงทะเบียน  
 ไม่สมควรรับลงทะเบียน

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

### คำสั่ง

รับลงทะเบียน  
 ไม่รับลงทะเบียน  
 อื่นๆ.....

(นายทรงศักดิ์ คเชนทร์)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน  
วันที่/เดือน/พ.ศ.....

## หนังสือมอบอำนาจ

ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน

วันที่/เดือน/พ.ศ.....

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

ขอมอบอำนาจให้ ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....  
เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....  
หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง / ตำบล..... พิปูน.....  
เขต/อำเภอ..... พิปูน..... จังหวัด..... นครศรีธรรมราช.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังต่อไปนี้

- ๑. ลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ๒. รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ด้วยเงินสด
- ๓. รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์โดยทางธนาคาร
- ๔. เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อโอนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ๕. ปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ในปัจจุบัณ พ.ศ. ๒๕๖๒ แทนข้าพเจ้าและมีระยะเวลาการมอบอำนาจไม่เกินปัจจุบัณ พ.ศ. ๒๕๖๒  
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำ  
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

### หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- เอกสารอื่นๆ.....

## ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลพิปูน
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.พิปูน โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมา ดังนี้
  - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
  - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
  - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้อบต.พิปูนทราบภายใน ๓ วัน