



๖. กองสวัสดิการสังคม

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

เทศบาลนครอุบลราชธานี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม

สำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี

()

๑ ถนนราชบุตร

ตำบลในเมือง อำเภอเมือง

จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

โทร. ๐๔๕ - ๒๔๑๔๔๒

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (กำหนดอายุตามปีงบประมาณ)

๓. มีภูมิลำเนา(ทะเบียนบ้าน)อยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี

๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕

๕



ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

- 1.1 ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติยื่นแบบคำขอลงทะเบียน พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา
- 1.2 เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและตรวจสอบคุณสมบัติ
- 1.3 เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติพิจารณาให้ความเห็น
- 1.4 นายกเทศมนตรีพิจารณาและออกคำสั่ง โดยจัดทำประกาศรายชื่อหลังจากปิดรับลงทะเบียนอีกครั้ง

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๑๕

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
2. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก (ÍKŃŃĴ ĴĴK kĴKskŃŃŃkĴE' ĴĴĴ Ĵ ĴĴĴĴ)

การรับเรื่องร้องเรียน

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

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ทะเบียนเลขที่...../...

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ยืนยันสิทธิ
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ ☐ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)

☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ
ผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยืนยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยืนยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ



ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ไม่ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป



ลำดับที่.....

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.....

..... ☐ เป็นผู้ที่มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

..... ☐ เป็นผู้ที่ ข้าพเจ้ามอบอำนาจโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจ

..... ☐ เป็นผู้ที่ข้าพเจ้ามอบอำนาจรับเงินสดแทน

ข้าพเจ้าขอรับรองชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำให้ไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำให้ด้วย
ตนเองทั้งสิ้น ในกิจการขึ้นความจำนงแทนข้าพเจ้าในการขอขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)



คำร้องทั่วไป

ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์เทศบาลนครอุบลราชธานี
147 ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์ : 045-246060-3 ต่อ 0 หรือ 111

เทศบาลนครอุบลราชธานี
เลขที่.....
วันที่.....
เวลา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน(13 หลัก) - - - -

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ชุมชน.....

ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียดของปัญหา/ความประสงค์

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

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ได้ส่งเรื่องให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการแล้ว
ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ตำแหน่ง.....



คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

เทศบาลนครอุบลราชธานี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

()

.

.

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 เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติพิจารณาให้ความเห็น

๑.๔ นายกเทศมนตรีพิจารณาและออกคำสั่ง โดยจัดทำประกาศรายชื่อหลังจากปิดรับลงทะเบียนอีกครั้ง

ฝ่ายสังคมสงเคราะห์
กองสวัสดิการสังคม



ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๑๕ นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|--|--------------|
| ๑. บัตรประจำตัวคนพิการพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก (ประเภทออมทรัพย์หรือเพื่อเรียก) | จำนวน ๑ ฉบับ |

การรับเรื่องร้องเรียน

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

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□ ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่ไม่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง รับลงทะเบียน ไม่รับลงทะเบียน อื่น ๆ (ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้การที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับ
เงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือน พ.ศ. ในอัตราเดือนละ 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ



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
(.....)



คำร้องทั่วไป

ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์เทศบาลนครอุบลราชธานี
147 ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์ : 045-246060-3 ต่อ 0 หรือ 111

เทศบาลนครอุบลราชธานี
เลขที่.....
วันที่.....
เวลา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน(13 หลัก) - - - -

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ชุมชน.....

ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียดของปัญหา/ความประสงค์

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

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ได้ส่งเรื่องให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการแล้ว
ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ตำแหน่ง.....



คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

เทศบาลนครอุบลราชธานี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

()

.

.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์

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

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑.๑ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติยื่นแบบคำขอลงทะเบียน

พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา

๑.๒ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและตรวจสอบคุณสมบัติ

๑.๓ เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติพิจารณาให้

ความเห็น

๑.๔ นายกเทศมนตรีพิจารณาและออกคำสั่ง โดยจัดทำ

ประกาศรายชื่อหลังจากปิดรับลงทะเบียนอีกครั้ง



ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๑๐ นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

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

อัตราค่าธรรมเนียม (ไม่มี)

การรับเรื่องร้องเรียน

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

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

(ตามเอกสารแนบท้าย)



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.....



คำร้องทั่วไป

ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์เทศบาลนครอุบลราชธานี
147 ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000
โทรศัพท์ : 045-246060-3 ต่อ 0 หรือ 111

เทศบาลนครอุบลราชธานี
เลขที่.....
วันที่.....
เวลา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน(13 หลัก) - - - -

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ชุมชน.....

ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์.....

รายละเอียดของปัญหา/ความประสงค์

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

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ได้ส่งเรื่องให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการแล้ว
ตั้งแต่วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับคำร้อง
(.....)

ตำแหน่ง.....