



ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

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

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๑๕

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|--|--------------------|
| ๑. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก (๐fi) | \div \emptyset |

การรับเรื่องร้องเรียน

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

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

(ตามเอกสารแนบท้าย)

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



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

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....
 วันที่ เดือน พ.ศ.
 ด้วยข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว) ชื่อนามสกุล
 เกิดวันที่เดือน พ.ศ.อายุปี สัญชาติมีชื่ออยู่ในสำเนา
 ทะเบียนบ้านเลขที่หมู่ที่ชุมชนตรอก/ซอย
 ถนนตำบลในเมืองอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
 รหัสไปรษณีย์ 34000 โทร.
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□□-□□-□
 สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ
 รายได้ต่อเดือนบาท อาชีพ

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ได้รับเงินเบี้ยความพิการ
- ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง
- รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
 - ทะเบียนบ้าน
 - สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
 - หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
 - บัญชีเงินฝากธนาคาร
- บัญชีเลขที่ ชื่อบัญชี

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ)
 (.....)
 ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ



<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย /นาง /นางสาว</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□ □□□□□□-□□ □ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในการยืนยันสิทธิ ครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ยังรอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับ เงินเบี้ยยังชีพ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ยาขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับยืนยันสิทธิ</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> ไม่รับยืนยันสิทธิ <input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>(ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี</p>	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอยืนยันสิทธิเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการยืนยันสิทธิ

ยื่นแบบคำขอยืนยันสิทธิเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
การยืนยันสิทธิครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่คุณสมบัติครบถ้วน
และตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน
พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปยืนยันสิทธิยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป



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

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น 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.....



ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๑๕ นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

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

การรับเรื่องร้องเรียน

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

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

(ตามเอกสารแนบท้าย)



ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามี - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

เลขประจำตัวประชาชน ---- ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

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 ในเมือง อำเภอ เมืองอุบลราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี
รหัสไปรษณีย์ 34000 โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ----
ประเภทความพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางอภิสติ
 ความพิการทางการจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

รายได้ต่อเดือน บาท อาชีพ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ
 ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้พลัดพราก
 ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)
 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
 บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ทะเบียนบ้าน
 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
 บัญชีเงินฝากธนาคาร
บัญชีเลขที่ ชื่อบัญชี

"ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย"

"ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ"

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

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



ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย / นาง / นางสาว	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก	กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
(ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	
คำสั่ง รับลงทะเบียน ไม่รับลงทะเบียน อื่น ๆ	
(ลงชื่อ) นายก เทศมนตรี/นายก อบต. วัน/เดือน/ปี	

ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้พิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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 ถนนศรีสมรงค์ 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	การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยติดเชื้อเอ็ดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เทศบาลนครอุบลราชธานี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
	(. -)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นแบบคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยติดเชื้อเอ็ดส์

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

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

- ๑.๑ ผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มีคุณสมบัติยื่นแบบคำขอลงทะเบียน
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)



ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

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

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).....

(.....)

นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี

วัน/เดือน/ปี.....



คำร้องทั่วไป

ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์เทศบาลนครอุบลราชธานี
147 ถนนศรีสมรงค์ 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.....