



คู่มือสำหรับประชาชน

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองวารินชำราบ
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี



คำนำ

โดยปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐมีกฎหมายว่าด้วยการอนุญาตจำนวนมาก กำหนดให้การประกอบกิจการของประชาชนต้องผ่านการอนุญาต อนุมัติ การออกใบอนุญาต การขึ้นทะเบียน และการแจ้ง ในการขออนุญาต ดำเนินการต่าง ๆ กับหน่วยงานของรัฐไม่ว่าแห่งเดียวหรือหลายแห่ง อีกทั้งกฎหมาย บางฉบับไม่ได้กำหนดระยะเวลา เอกสารและหลักฐานที่จำเป็น รวมถึงขั้นตอนในการพิจารณาไว้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดความคลุมเครือไม่ชัดเจน อันเป็นการสร้างภาระแก่ประชาชนอย่างมากและเป็นอุปสรรคต่อการเพิ่มขีดความสามารถในการประกอบธุรกิจของประเทศในเวทีการค้าโลก

ดังนั้น เพื่อให้มีกฎหมายกลางที่มีหลักเกณฑ์ วิธีการ ขั้นตอน ระยะเวลา ค่าใช้จ่าย เอกสารหรือหลักฐานที่ใช้ประกอบคำขอ สถานที่ให้บริการ ค่าธรรมเนียม อีกทั้งเป็นการลดต้นทุนของประชาชน และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของภาครัฐ สร้างให้เกิดความโปร่งใสในการปฏิบัติราชการ ลดการใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่เปิดเผย ขั้นตอน ระยะเวลาให้ประชาชนทราบที่ชัดเจนจึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัติอำนาจความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘ เป็นกฎหมายบังคับใช้เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนผู้มารับบริการ โดยตรงหรือหน่วยงานภาคเอกชนที่มารับบริการจากหน่วยงานของรัฐ ประกอบพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวกำหนดให้หน่วยงานของรัฐที่มีกฎหมายกำหนดให้การกระทำใดจะต้องได้รับอนุญาตผู้อนุญาตจะต้องจัดทำ “คู่มือสำหรับประชาชน” โดยสามารถสืบค้นได้จากเว็บไซต์ของเทศบาลเมืองวารินชำราบ (www.warincity.go.th)

ด้วยเหตุนี้สำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ จึงได้จัดทำคู่มือสำหรับประชาชนให้เป็นตาม พระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ.๒๕๕๘ กำหนดเพื่อเป็นแนวทางในการติดต่อขอรับบริการจากหน่วยงานของรัฐต่อไป

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือสำหรับประชาชนฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนผู้มารับบริการโดยตรงหรือหน่วยงานภาคเอกชนที่มารับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ หรือผู้อ่าน ตลอดจนจะสนองตอบต่อความต้องการ และสร้างความผาสุกแก่ประชาชนสืบต่อไป

สำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ

กรกฎาคม ๒๕๕๘

สารบัญ

ที่	คู่มือการให้บริการ กองช่างสุขาภิบาล	หน้า
๑	คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเอดส์	๑ - ๓
๒	คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ	๔ - ๖
๓	คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๗ - ๙

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่ให้บริการ : เทศบาลเมืองวารินชำราบอำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานีกระทรวงมหาดไทย

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่น ที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ (หมายเหตุ: (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิดให้บริการทุกวัน)))	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
กองสวัสดิการสังคมเทศบาลเมืองวารินชำราบ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๐ ถึง ๓ วัน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ (หมายเหตุ: -)	๐ ถึง ๑๐ นาที	-
๒	การตรวจสอบเอกสาร ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ(หมายเหตุ: -)	๐ ถึง ๕ นาที	-

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๐ ถึง ๓ วัน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๓	การตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์ รับการสงเคราะห์ (หมายเหตุ: -)	๐ ถึง ๑ วัน	-
๔	การตรวจสอบเอกสาร จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐาน ประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา (หมายเหตุ: -)	๐ ถึง ๑ วัน	-
๕	การตรวจสอบเอกสาร พิจารณาอนุมัติ (หมายเหตุ: -)	๐ ถึง ๑ วัน	-

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร
๑	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๒	สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๔	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๕	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อม สำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๖	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๗	ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ -	-



ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม		

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑	กองวิชาการและแผนงาน เทศบาลเมืองวารินชำราบ เลขที่ ๑ ถนนประทุมเทพภักดี ตำบลวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ ๐๔๕-๒๖๙๖๘๐ ต่อ ๑๑๔ (หมายเหตุ: -)
๒	ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ปณ .๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐))

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก	

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

หน่วยงานที่ให้บริการ : เทศบาลเมืองวารินชำราบอำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานีกระทรวงมหาดไทย

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการใน ปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายใน ระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด
๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว
๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต่อไปแจ้ง ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ (หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิดให้บริการ ๑ – ๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี))) กองสวัสดิการสังคม เทศบาล เมืองวารินชำราบเลขที่ ๑ ถนนประทุมเทพภักดี ตำบลวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐ โทรศัพท์ ๐๔๕-๒๖๙๖๘๐ ต่อ ๑๒๖/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการ วันจันทร์ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่ เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)



ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๒๕ นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการ ในปั๋งประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสาร หลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสาร หลักฐานประกอบ(หมายเหตุ: -)	๒๐ นาที	-
๒	การพิจารณา ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียน ให้ผู้ลงทะเบียน (หมายเหตุ: -)	๕ นาที	-

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร
๑	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ-	-
๒	สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ-	-
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ-	-
๔	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา ของผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้นุบาลแล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอ แทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ-	-
๕	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ ผู้นุบาลแล้วแต่กรณี (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์หรือผู้นุบาล แล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ-	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
ไม่มีค่าธรรมเนียม		

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑	กองวิชาการและแผนงาน เทศบาลเมืองวารินชำราบ เลขที่ ๑ ถนนประทุมเทพภักดี ตำบลวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐ โทรศัพท์ ๐๔๕-๒๖๙๖๘๐ ต่อ ๑๑๔ (หมายเหตุ: -)
๒	ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ปณ. ๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐))

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	-

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่ให้บริการ : เทศบาลเมืองวารินชำราบอำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานีกระทรวงมหาดไทย

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้ผู้ที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไปและมีคุณสมบัติครบถ้วนมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๓. มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใดจากหน่วยงานภาครัฐรัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบำนาญเบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกันผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนรายได้ประจำ หรือผลประโยชน์อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้ เป็นประจำยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ในการยื่นคำขอรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

๑. รับเงินสดด้วยตนเองหรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

๒. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

วิธีการ

๑. ผู้ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไปยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนดด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการได้

๒. กรณีผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองวารินชำราบ
เลขที่ ๑ ถนนประทุมเทพภักดี ตำบลวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐ โทรศัพท์ ๐๔๕-๒๖๙๖๘๐ ต่อ ๑๒๖ /
ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.
(มีพักเที่ยง)

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๒๕ นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใน ปีงบประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐาน ประกอบ (หมายเหตุ: -)	๒๐ นาที	-
๒	การตรวจสอบเอกสาร ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอ ลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ (หมายเหตุ: -)	๕ นาที	-

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร
๑	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อม สำเนา ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๒	สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๔	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๕	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อม สำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๖	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร ของผู้รับมอบอำนาจ) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๒ ฉบับ หมายเหตุ -	-



ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑	กองวิชาการและแผนงาน เทศบาลเมืองวารินชำราบเลขที่ ๑ ถนนประทุมเทพภักดี ตำบลวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๙๐ โทรศัพท์ ๐๔๕-๒๖๙๖๘๐ ต่อ ๑๑๔ (หมายเหตุ: -)
๒	ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ปณ .๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐))

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก	

