



คู่มือสำหรับประชาชน
สำนักปลัด

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การขอข้อมูลข่าวสารทางราชการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา .

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

โทรศัพท์ : ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕

เว็บไซต์ www.thasao-kan.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ ได้กำหนดให้หน่วยงานของรัฐ รวบรวมข้อมูลข่าวสารของทางราชการ เหตุผลหรือเจตนาของกรณีการมีกฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการนั้น ก็โดยเห็นว่า ในระบอบประชาธิปไตย การให้ประชาชนมีโอกาสกว้างขวางในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานต่างๆ ของรัฐเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่ประชาชนจะสามารถแสดงความคิดเห็นและใช้สิทธิทางการเมืองได้โดยถูกต้องตรงตามความเป็นจริงอันจะเป็นการส่งเสริม ให้มีรัฐบาลที่มีการบริหารที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และเป็นไปเพื่อประชาชนมากขึ้น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

- เขียนแบบฟอร์มขอข้อมูลข่าวสาร
ได้ที่ศูนย์ข้อมูลข่าวสารองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา
- เจ้าหน้าที่ดำเนินการแจ้งให้ผู้บังคับบัญชาทราบ (๑๕ นาที)
- เจ้าหน้าที่ดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ที่ขอรับ

(หมายเหตุ) กรณีเป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา สามารถดาวโหลด จากเว็บไซต์

www.thasao-kan.go.th

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ระยะเวลา

ไม่เกิน ๑ ชั่วโมง นับตั้งแต่ได้รับคำขอข้อมูลข่าวสาร

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

๑. แบบฟอร์มขอข้อมูลข่าวสาร (สามารถรับได้ที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา)
๒. บัตรประจำตัวประชาชน

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

กรณีเจ้าหน้าที่ อบต. ไม่ดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้มาขอรับ สามารถร้องเรียน ได้ที่

โทรศัพท์ : ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕ ต่อ ๑๒ (ปลัด อบต.)

เว็บไซต์ : www.thasao-kan.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบขอข้อมูลข่าวสารของทางราชการ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

๑. ด้วยข้าพเจ้า นาย นาง น.ส. ชื่อ.....นามสกุล.....
 อายุ ปี อาชีพ รับราชการ นักการเมือง ประกอบธุรกิจ รับจ้าง
 อื่น ๆ (ระบุ)..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
 เบอร์โทรศัพท์ โทรสาร.....

๒. ข้อมูลข่าวสารของราชการ เรื่อง
 เพื่อ ขอตรวจดู ขอสำเนาที่มีผู้รับรอง
 ขอค้นคว้า ขอสำเนา

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเท่านั้น

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

- เห็นควรดำเนินการให้
 ไม่อาจดำเนินการให้ได้

เพราะ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
 (.....)

คำสั่ง

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ
 (.....)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ รับแจ้งเรื่องราวร้องทุกข์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

โทรศัพท์ : ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕ โทรสาร ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕ ต่อ ๒๐

เว็บไซต์ :

www.thasao-kan.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ทุกวัน ๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการ มุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน โดยยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน ให้เกิดความผาสุก และความเป็นอยู่ที่ดีของ ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานบริการมี ประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในการให้บริการ ไม่มี ขั้นตอนปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการ อำนวยความสะดวก และได้รับการตอบสนองความต้องการ และมีการ ประเมินผลการให้บริการ สม่าเสมอ องค์การบริหารส่วนตำบลวังตั้ง จึงได้จัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ให้คำปรึกษารับเรื่องปัญหาความต้องการ และข้อเสนอแนะของประชาชน เพื่ออำนวยความสะดวก และช่วยลดช่องทาง ในการบริการแก่ประชาชน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ช่องทางการรับบริการ	ความถี่ในการตรวจสอบช่องทาง	ระยะเวลาดำเนินการ รับข้อร้องเรียน เพื่อ ประสานหาทางแก้ไข
ร้องเรียนด้วยตัวเอง ณ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา	ทุกครั้งที่ มีผู้ร้องเรียน	ภายใน ๕ วันทำการ
ร้องเรียนผ่านเว็บไซต์ อบต.ท่าเสา	ทุกวัน	ภายใน ๕ วันทำการ
ร้องเรียนทางโทรศัพท์ ๐๓๔-๖๓๔๑๘๔-๕	ทุกวัน	ภายใน ๕ วันทำการ

ขั้นตอนการดำเนินงานศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์

- ๑.กรอกแบบฟอร์มบันทึกข้อร้องเรียน โดยมีรายละเอียด คือ ชื่อ – สกุล ผู้ร้องเรียน ที่อยู่ หมายเลข ติดต่อกลับ เรื่อง ร้องเรียน และสถานที่เกิดเหตุ
- ๒.เจ้าหน้าที่ดำเนินการแจ้งผู้บังคับบัญชาทราบ (๑ ชั่วโมง)
- ๓.แจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบ ตรวจสอบดำเนินการ (๑ ชั่วโมง)
- ๔.หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการแก้ไขปัญหาแล้วเสร็จ ภายใน ๕ วันทำการ

ระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการแล้วเสร็จ ไม่เกิน ๕ วันทำการ

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้

๑. แบบฟอร์มร้องเรียนร้องทุกข์ (สามารถรับได้ที่ ศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์ อบต.ท่าเสา)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

กรณีเกินเวลาที่กำหนด สามารถติดต่อได้ที่ ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ ณ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา หรือโทร ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบรับเรื่องราวร้องทุกข์

เขียนที่ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕.....

เรื่อง

เรียน นายก อบต. ท่าเสา

๑. ข้าพเจ้าบ้านเลขที่ หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร / โทรสาร

๒. สาระสำคัญ เรื่องร้องทุกข์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๓. วัตถุประสงค์/ความต้องการ ให้ช่วยเหลือ.....

.....

.....

๔. แจ้งเรื่องราวร้องทุกข์ โดย แจ้งด้วยตัวเอง แจ้งทางโทรศัพท์หมายเลข.....ลงชื่อ..... ผู้แจ้ง
(.....)ลงชื่อ..... ผู้รับแจ้ง
(.....)

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา พิจารณาแล้ว เห็นควรส่งเรื่องให้.....

ตรวจสอบข้อเท็จจริง และพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การช่วยเหลือบรรเทาสาธารณภัย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ขอบเขตการให้บริการ

ราษฎรที่อาศัยในเขตพื้นที่ตำบลท่าเสา

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา
งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
โทรศัพท์ : ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕
เว็บไซต์ : www.thasao-kan.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ มาตรา ๖๗ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในเบื้องต้น เช่น อุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย แผ่นดินไหว ตลอดจนภัยอื่นๆที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติหรือมีผู้ทำให้เกิดขึ้น ซึ่งล้วนเป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ซึ่งท้องถิ่นจะต้องดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนโดยเร็ว

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

- ประชาชนยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือ/
ต่อเจ้าหน้าที่
- เจ้าหน้าที่เสนอเรื่องต่อผู้บังคับบัญชา
- มอบหมายเจ้าหน้าที่เพื่อออกตรวจสอบ/ดำเนินการแก้ไขปัญหา
ตามข้อร้องเรียน /คำร้องขอความช่วยเหลือพร้อมทั้งรายงานผลการ
แก้ไขปัญหาให้ผู้บังคับบัญชาทราบตามลำดับขั้น
- ดำเนินการแก้ไขปัญหาให้ผู้ยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา/
งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

ระยะเวลา

ภายใน ๑ วันทำการ นับตั้งแต่วันที่เจ้าหน้าที่ได้คำร้องขอหนังสือรับรองอาคารพร้อมด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้องถูกต้อง ครบถ้วน

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

๑.แบบฟอร์มคำร้อง	จำนวน	๑	ฉบับ
๒.สำเนาบัตรประชาชน	จำนวน	๑	ฉบับ
๓.สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน	๑	ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

สามารถติดต่อเพื่อยื่นคำขอหนังสือรับรองอาคารได้ที่ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี โทรศัพท์ ๐๓๔-๕๕๐๗๗๐-๕ เว็บไซต์ www.thasao-kan.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำร้องขอรับความช่วยเหลือของผู้ประสบภัย

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....

หน่วยงาน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์.....ได้รับความเดือดร้อนจากเหตุการณ์

 อุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย ภัยแล้ง ภัยหนาว

 แผ่นดินไหวและอาคารถล่ม อื่นๆ ระบุ.....
ความรุนแรงและลักษณะของภัย เล็กน้อย ปานกลาง มาก

เกิดภัย เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอความอนุเคราะห์จากกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา ดำเนินการให้ความช่วยเหลือและบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนในเบื้องต้น ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ผู้ประสบภัย

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

- เพื่อโปรดพิจารณาและสั่งการ

-

คำสั่ง.....

(ลงชื่อ).....

(นายสุริยา บุณนาค)

ปล้ตองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

(ลงชื่อ).....

(นายวิกิจ แก้วจิตคงทอง)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา



บันทึก

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 อายุ.....ปี อาชีพ.....สัญชาติ.....ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....อยู่
 บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอให้ถ้อยคำต่อ.....ตำแหน่ง.....ด้วยความจริง ดังนี้ เมื่อ
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.ได้เกิดเหตุ
ทำให้ ที่อยู่อาศัย โรงเรือนเลี้ยงสัตว์ โรงเรือนเก็บพืชผลทางการเกษตร
 ของข้าพเจ้าได้รับความเสียหาย บางส่วน ทั้งหมด มีรายละเอียด ดังนี้

- | | | |
|---|------------------|------------------|
| ๑. ที่อยู่อาศัย | กว้าง.....เมตร | ยาว.....เมตร |
| ๒. หลังคามุงด้วย <input type="checkbox"/> กระเบื้อง <input type="checkbox"/> สังกะสี <input type="checkbox"/> จาก <input type="checkbox"/> หล้าคา | จำนวน.....แผ่น | เป็นเงิน.....บาท |
| ๓. เสา <input type="checkbox"/> ไม้ <input type="checkbox"/> ปูนซีเมนต์ | จำนวน.....ต้น | เป็นเงิน.....บาท |
| ๔. ฝาบ้าน <input type="checkbox"/> ไม้กระดาน <input type="checkbox"/> อิฐ | จำนวน.....แผ่น | เป็นเงิน.....บาท |
| ๕. ไม้เครื่องบน <input type="checkbox"/> ไม้จริง <input type="checkbox"/> ไม้ไผ่ | จำนวน.....ตัว/ลำ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๖. ไม้คานล่าง | จำนวน.....ตัว/ลำ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๗. พื้นบ้าน <input type="checkbox"/> ไม้กระดาน <input type="checkbox"/> ปูนซีเมนต์ | จำนวน.....แผ่น | เป็นเงิน.....บาท |
| ๘. ไม้ขนาด ๑.๕ นิ้ว x ๓ นิ้ว x.....ศอก/เมตร | จำนวน.....ตัว | เป็นเงิน.....บาท |
| ๙. ไม้ขนาด ๑.๕ นิ้ว x ๔ นิ้ว x.....ศอก/เมตร | จำนวน.....ตัว | เป็นเงิน.....บาท |
| ๑๐. ไม้ขนาด ๑.๕ นิ้ว x ๕ นิ้ว x.....ศอก/เมตร | จำนวน.....ตัว | เป็นเงิน.....บาท |
| ๑๑. เครื่องครัว..... | จำนวน.....ชิ้น | เป็นเงิน.....บาท |
| ๑๒. เครื่องนอน..... | จำนวน.....ชิ้น | เป็นเงิน.....บาท |
| ๑๓. สิ่งของอื่นๆ..... | | |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายการสิ่งของดังกล่าวข้างต้นได้รับความเสียหายจริง จึงใคร่ขอรับการช่วยเหลือจากทาง
 ราชการต่อไปด้วย ข้าพเจ้าจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ประสบภัย
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกปากคำ
 (.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การสนับสนุนพืชมอกควันป้องกันไข้เลือดออก (กรณีเกิดโลก)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

โทรศัพท์ : ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕ โทรสาร : ๐๓๔-๖๓๔๑๘๔-๕ ต่อ ๒๐

เว็บไซต์ : www.thasao-kan.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ทุกวัน ๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับถ่ายโอนจากรัฐบาลต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ มาตรา ๖๗(๓) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๖(๑๙) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการป้องกันและและระงับโรคติดต่อ การสนับสนุนบริการด้านสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นให้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

๑. ประชาชน/หน่วยงานยื่นคำร้อง
๒. เจ้าหน้าที่ดำเนินการแจ้งผู้บังคับบัญชาทราบ (๒๐ นาที)
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการแก้ไขปัญหาแล้วเสร็จ ภายใน ๒ ชั่วโมง

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการแล้วเสร็จ ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

๑. แบบฟอร์มคำร้อง (สามารถรับได้ที่ สำนักปลัด อบต.)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

กรณีเกินเวลาที่กำหนด สามารถติดต่อได้ที่ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา หรือโทร ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบขอสนับสนุนพ่นหมอกควันป้องกันไข้เลือดออก (กรณีเกิดโรค)

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา
ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอสนับสนุนพ่นหมอกควันเพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ด้วยข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่/หน่วยงานหมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....หมายเลข
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อ มีความประสงค์ขอสนับสนุนพ่นหมอกควันเพื่อควบคุม
ป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตหมู่บ้านหมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โดยขอสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์จากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา ดังนี้

- | | | |
|-----------------------|-------------|---------|
| 1. เครื่องพ่นหมอกควัน | จำนวน | เครื่อง |
| 2. น้ำมันดีเซล | จำนวน | ลิตร |
| 3. น้ำมันเบนซิน | จำนวน | ลิตร |
| 4. น้ำยาเคมี | จำนวน | ลิตร |
| 5. เจ้าหน้าที่ | จำนวน..... | คน |

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้อนุมัติ

(นายวิกิจ แก้วจิตคงทอง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด อบต./งานพัฒนาชุมชน

โทรสาร. ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕

โทร. ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕ www.thesao-kan.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐.๐๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา รับขึ้นทะเบียนทุกเดือนพฤศจิกายนของทุกปี (ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. สัญชาติไทย

๒. มีอายุ ๕๕ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ในกรณีที่ทะเบียนราษฎรระบุเฉพาะปีเกิด ให้ถือว่าบุคคลนั้นเกิดวันที่ ๑ มกราคม ของปีนั้น เช่น เกิด พ.ศ. ๒๔๙๗ ให้ถือว่าเกิดวันที่ ๑ มกราคม ๒๔๙๗

๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

๔. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเทศบาล อบต. ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือเทศบาล อบต. จัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบ

กรณีผู้อื่นยื่นเอกสารแทน

สามารถยื่นเอกสารแทนผู้สูงอายุได้ และหากผู้สูงอายุมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชีผู้อื่น ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ ตัวจริงพร้อมสำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ชุด

ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ ๑- ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

หลักเกณฑ์การรับเงินแบ่งตามอายุ ดังนี้

ปัจจุบันได้จ่ายแบบขั้นบันได

อายุ ๖๐ -๖๕ ปี จะได้รับ ๖๐๐ บาท

อายุ ๗๐ -๗๕ ปี จะได้รับ ๗๐๐ บาท

อายุ ๘๐ -๘๕ ปี จะได้รับ ๘๐๐ บาท

อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป จะได้รับ ๑,๐๐๐ บาท

หมายเหตุ ในกรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุย้ายทะเบียนบ้านให้เทศบาล หรือ อบต.ที่เคยจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดิมยังคงจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตนกว่าจะสิ้นสุดปีงบประมาณนั้น คือเดือนกันยายน หากมีความประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพกับเทศบาล หรือ อบต. แห่งใหม่ ต้องไปจดทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพที่เทศบาลหรือ อบต. แห่งใหม่ ภายในวันที่ ๑ -๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี และเริ่มรับเงินที่ใหม่ในเดือนตุลาคม ของปีถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

๑. ผู้รับทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
๓. เช็กสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
๔. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
๕. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
๖. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. งานพัฒนาชุมชน/สำนักปลัด อบต.

ระยะเวลา

ใช้เวลาทั้งสิ้น ๓๐ นาที (กรณีเอกสารครบ)

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาสมุดบัญชี ธกส. หรือ ธ.กรุงไทย จำนวน ๑ ชุด
๔. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์
๕. สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักงาน อบต.ท่าเสา โทร. ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

รับเงินสดด้วยตัวเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
 สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

**“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จ
รายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความ
ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”**

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

- 2 -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

- แล้ว

เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว

มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

นักพัฒนาชุมชน

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่น ๆ

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

วัน/เดือน/ปี.....

... ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดย
จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนกันยายน ในอัตราแบบขั้นบันได ภายในวันที่
10 ของทุกเดือน กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น (ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน)
จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แห่งใหม่ ภายใน
เดือนพฤศจิกายน ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียนผู้พิการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด อบต.ท่าเสา/งานพัฒนาชุมชน

โทร. ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕

โทรสาร. ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕ ต่อ ๒๐

www.thasao-kan.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยความพิการ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสาได้รับขึ้นทะเบียนทุกเดือนพฤศจิกายน ของทุกปี (ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยความพิการ

๑. สัญชาติไทย
 ๒. มีบัตรประจำตัวคนพิการ
 ๓. มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรในเขตตำบลท่าเสา
 ๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
 ๕. ในกรณีผู้พิการเป็นผู้ซึ่งต้องชั่งหรือจำคุกอยู่ในเรือนจำ ทัดทสสถาน หรือสถานคุมขังของกรมราชทัณฑ์ หรือเป็นผู้ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในสถานพินิจและและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ให้ไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการต่อผู้บังคับบัญชาการ หรือผู้อำนวยการตามสถานที่ที่อยู่
- ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ตั้งแต่วันที่ ๑- ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี จะได้รับเงินเบี้ยความพิการ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ของปีถัดไป (ไม่มีการจ่ายย้อนหลัง)

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

๑. ผู้รับทะเบียนยื่นเอกสารขอรับใบลงทะเบียน
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสารและตรวจสอบข้อมูล
๓. เช็กสถานะเอกสารที่ได้รับว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
๔. รับลงทะเบียนผู้รับบริการ
๕. เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียนเซ็นรับรองความถูกต้อง
๖. ฉีกเอกสารแนบท้ายเพื่อยืนยันว่าขึ้นทะเบียนแล้ว

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. สำนักปลัด อบต./งานพัฒนาชุมชน

ระยะเวลา

ใช้เวลาทั้งสิ้น ๓๐ นาที

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาสมุดบัญชี ธกส. หรือ ธ. กรุงไทย จำนวน ๑ ชุด
๔. การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้

หลักฐานสำหรับผู้อื่นที่มายื่นแทน

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ชุด |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา โทร. ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการ อื่น ๆ.....
ลงทะเบียน ชื่อ - สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
---- ที่อยู่.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ----ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย ความพิการทางอหิสติก ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมสถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่

เมื่อ.....

 ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่น ๆ (ระบุ)..... มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้(เลือก 1 วิธี)

 รับเงินสดด้วยตัวเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแลธนาคารสาขา..... เลขที่บัญชี ---

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องก

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การยื่นแบบขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ (ส่งเรื่องต่อ พมจ.)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด อบต.ท่าเสา/งานพัฒนาชุมชน

โทร. ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕

โทรสาร. ๐๓๔-๕๔๐๗๗๐-๕ ต่อ ๒๐

www.thasao-kan.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่ และที่ได้รับถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆซึ่งตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ มาตรา ๖๗(๖) และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา ๑๖(๑๐)กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่ในการดำเนินการสังคม สงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพเด็ก สตรี คนชรา คนพิการและผู้ด้อยโอกาส ให้ได้รับความคุ้มครองที่เท่าเทียมกัน ตามหลักสิทธิมนุษยชน และการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะของประชาชนในท้องถิ่น

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

- ประชาชนยื่นเอกสารแบบคำขอ
- เจ้าหน้าที่รับและตรวจสอบความถูกต้องเอกสาร
- เจ้าหน้าที่ส่งเรื่องต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาญจนบุรี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

- งานพัฒนาชุมชน/สำนักปลัด อบต.

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ๓๐ วันทำการ

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
- สำเนาสมุดบัญชี ธกส. หรือ ธ. กรุงไทย จำนวน ๑ ชุด
- การยื่นคำขอรับการสงเคราะห์สามารถยื่นเอกสารได้ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นแทนได้
- หนังสือรับรองแพทย์

หลักฐานสำหรับผู้อื่นที่มายื่นแทน

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ชุด |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสา โทร. ๐๓๔-๕๕๐๗๗๐-๕

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

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

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน

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

.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□□-□□□□□□-□□-□

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

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

□ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ □ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ รับเงินสดด้วยตัวเอง □ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

□ สำเนาทะเบียนบ้าน

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

□ หนังสือรับรองแพทย์

**“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ บำเหน็จ
รายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความ
ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”**

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่ต้องการ

- 2 -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/

.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

- แล้ว

เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว
มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

นักพัฒนาชุมชน

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่น ๆ

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าเสา

วัน/เดือน/ปี.....