



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง  
เรื่อง แสดงตนตรวจสอบสถานะของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง ได้ประกาศรายชื่อของผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ และผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ที่ผ่านมา ประกอบกับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๓ การตรวจสอบและจัดทำทะเบียนประวัติผู้มีสิทธิข้อ ๑๐ ภายในเดือนตุลาคมของทุกปี ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตรวจสอบสถานะของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแสดงการดำรงชีวิตอยู่ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ หมวด ๓ การตรวจสอบและจัดทำทะเบียนประวัติผู้มีสิทธิ ข้อ ๑๐ ภายในเดือนตุลาคมของทุกปีให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตรวจสอบสถานะความพิการ และการดำรงชีวิตอยู่ของคนพิการ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ สำหรับผู้ป่วยเอดส์ นั้น

ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง จึงประกาศให้ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ และผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้ยื่นเอกสารแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิด้วยตนเอง กรณีไม่สามารถไปแสดงตนด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจตามหนังสือมอบอำนาจที่องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมืองจัดเตรียมให้ซึ่งขอรับได้จากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมืองในพื้นที่ การแสดงตนเพื่อขอยืนยันสิทธิให้นำหลักฐาน เอกสารไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ดังนี้

**๑. เอกสารหลักฐานการรับแสดงตนการตรวจสอบเพื่อยืนยันสิทธิของผู้สูงอายุ**

๑.๑ กรณีไปแสดงตนด้วยตนเอง สามารถขอรับเอกสารก่อนจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมืองในพื้นที่ หรือทาง [WWW.ROBMUANG.GO.TH](http://WWW.ROBMUANG.GO.TH) พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๑.๒ กรณีไม่สามารถไปแสดงตนด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจตามหนังสือมอบอำนาจที่องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมืองจัดเตรียมให้ ซึ่งขอรับได้จากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมืองในพื้นที่เป็นรายบุคคล หรือทาง [WWW.ROBMUANG.GO.TH](http://WWW.ROBMUANG.GO.TH) พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

/- สำเนาทะเบียน...

- สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

## **๒. เอกสารหลักฐานการรับแสดงตนการตรวจสอบและเพื่อยืนยันสิทธิของคนพิการ**

๒.๑ กรณีไปแสดงตนด้วยตนเอง สามารถขอรับเอกสารก่อนจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง หรือทาง [WWW.ROBMUANG.GO.TH](http://WWW.ROBMUANG.GO.TH) พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๒.๒ กรณีไม่สามารถไปแสดงตนด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจตามหนังสือมอบอำนาจที่องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมืองจัดเตรียมให้ ซึ่งขอรับได้จากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมืองในพื้นที่เป็นรายบุคคล หรือทาง [WWW.ROBMUANG.GO.TH](http://WWW.ROBMUANG.GO.TH) พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

## **๓. เอกสารหลักฐานการรับแสดงตนการตรวจสอบและเพื่อยืนยันสิทธิของผู้ป่วยเอดส์**

๓.๑ กรณีไปแสดงตนด้วยตนเอง สามารถขอรับเอกสารก่อนจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง หรือทาง [WWW.ROBMUANG.GO.TH](http://WWW.ROBMUANG.GO.TH) พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

/๓.๒ กรณีไม่...

๓.๒ กรณีไม่สามารถไปแสดงตนด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจตามหนังสือมอบอำนาจที่องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมืองจัดเตรียมให้ ซึ่งขอรับได้จากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมืองในพื้นที่เป็นรายบุคคล หรือทาง [WWW.ROBMUANG.GO.TH](http://WWW.ROBMUANG.GO.TH) พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง จึงได้กำหนดวัน เวลา และสถานที่ออกให้บริการในพื้นที่ชุมชน หมู่บ้าน ให้กับผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ตามตารางที่กำหนดไว้แนบท้ายประกาศนี้

หากผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพท่านใด ไม่ได้ไปยื่นเอกสารแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิตามที่มีการให้บริการในพื้นที่ชุมชน หมู่บ้าน ให้ท่านไปยื่นเอกสารแสดงตนเพื่อยืนยันสิทธิได้ที่งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ ในวัน และเวลาราชการ เพื่อความถูกต้องในการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ หากผู้รับเบี้ยยังชีพไม่มาแสดงตนภายในเวลาที่กำหนดทางองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง มีความจำเป็นต้องชะลอการจ่ายเบี้ยยังชีพจนกว่าจะตรวจสอบสถานภาพการดำรงชีวิตถูกต้องตามเงื่อนไขต่อไป

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



( นายสมดุลย์ พากเพียรศิลป์ )

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง

ตารางกำหนดวัน เวลา และสถานที่รับการตรวจสอบแสดงตนของผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  
 คนพิการที่มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ และผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

\*\*\*\*\*

ลำดับ	วัน/เวลา	รายชื่อสถานที่ บริการ	สถานที่รับบริการแสดงตน	จำนวนรายชื่อผู้แสดงตน เพื่อยืนยันสิทธิ			หมายเหตุ
				ผู้สูงอายุ	คนพิการ	ผู้ป่วยเอดส์	
๑	๑๒ ก.ย. ๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ น.	หมู่ที่ ๑ บ้านคลองโคกกะจะ	ศูนย์การเรียนรู้ หมู่ ๑ (บ้านผู้ใหญ่บ้านหมู่ ๑)	๓๒๐	๖๑	๒	
๒	๔ ก.ย. ๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ น.	หมู่ที่ ๒ บ้านตึกปิ่น	ศูนย์การเรียนรู้หมู่บ้านตึกปิ่น หมู่ที่ ๓	๕๓	๑๒	-	
๓	๔ ก.ย. ๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ น.	หมู่ที่ ๓ บ้านตึกปิ่น	ศูนย์การเรียนรู้หมู่บ้านตึกปิ่น หมู่ที่ ๓	๗๑	๑๒	-	
๔	๑๓ ก.ย. ๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ น.	หมู่ที่ ๔ บ้านท่าเรือ	ศูนย์การเรียนรู้หมู่บ้านท่าเรือ หมู่ที่ ๔	๒๕	๖	-	

ลำดับที่	วัน/เวลา	รายชื่อสถานที่ บริการ	สถานที่รับบริการแสดงตน	จำนวนรายชื่อผู้แสดงตน เพื่อยืนยันสิทธิ			หมายเหตุ
				ผู้สูงอายุ	คนพิการ	ผู้ป่วยเอดส์	
๕	๔ ก.ย. ๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ น.	หมู่ที่ ๕ บ้านมอญ	ศูนย์การเรียนรู้หมู่บ้านตึกปิ่น หมู่ที่ ๓	๓๙	๖	-	
๖	๙ ก.ย. ๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ น.	หมู่ที่ ๖ บ้านบางตาล่า	ศูนย์ข้าวชุมชนตำบลรอบเมือง หมู่ที่ ๖	๗๒	๑๔	-	
๗	๑๐ ก.ย. ๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ น.	หมู่ที่ ๗ บ้านบำหรุ	วัดเทวบุตร	๖๐	๑๑	-	
๘	๑๑ ก.ย. ๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ น.	หมู่ที่ ๘ บ้านหนองพังพวย	ศูนย์การเรียนรู้หมู่บ้านหนองพังพวย หมู่ที่ ๘	๑๔๔	๒๗	๑	
๙	๘ ก.ย. ๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ น.	หมู่ที่ ๙ บ้านชลประทาน	ศูนย์การเรียนรู้หมู่บ้านชลประทาน หมู่ที่ ๙	๙๐	๑๔	-	

หมู่ที่.....

ลำดับที่.....

แบบแสดงตนเพื่อรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓  
“องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี”

วันที่.....เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

ชื่อ - สกุลผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตำบล รอบเมือง อำเภอ เมือง จังหวัด ปราจีนบุรี โทร.....

มาแสดงตนด้วยตนเอง

มาแสดงตนแทน (ต้องมีใบมอบอำนาจด้วย)

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้รับมอบอำนาจที่มาแสดงตนแทน).....

เลขประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ( ) ผู้สูงอายุ ( ) ผู้พิการ ( ) ผู้ป่วยเอดส์  
จากองค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินเบี้ยยังชีพ โดย

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ บัญชี ธกส. เลขที่.....  
ชื่อบัญชี.....

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ (ต้องมีใบมอบอำนาจด้วย)  
บัญชี ธกส. เลขที่.....  
ชื่อบัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ใด  
จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ  
หรือเงินอื่นใดลักษณะเดียวกัน และข้าพเจ้าขอรับรองว่าตั้งแต่ข้าพเจ้ารับเงินเบี้ยยังชีพมาตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน  
ไม่เป็นผู้ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบฯ

การแสดงตนในครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยจะเริ่มรับเงิน ตั้งแต่เดือน  
ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๖๓ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน โดยมีสิทธิได้รับเงิน.....บาท/เดือน

ลงชื่อ.....ผู้มาแสดงตน

(.....)

วันที่.....

( ) ตรวจสอบความถูกต้อง

( ) ไม่ถูกต้อง เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....

เอกสารประกอบการแสดงตน

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  
 ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน  
 ๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ธกส.  
 ๔. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  
 ๕. อื่นๆ (ระบุ).....

หมู่ที่.....

ลำดับที่.....

หนังสือมอบอำนาจในการแสดงตนและรับเงินเบี้ยยังชีพ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลรอบเมือง

วันที่ ..... เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตำบล รอบเมือง อำเภอ เมือง จังหวัด ปรจจันบุรี

ขอมอบอำนาจให้..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

โทรศัพท์ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำการเอง  
ทุกประการ พร้อมนี้ได้แนบเอกสารไว้เป็นหลักฐาน ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / สำเนาบัตรผู้พิการ (ของผู้มอบอำนาจ)
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ของผู้มอบอำนาจ)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ของผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ของผู้ที่ได้รับมอบอำนาจกรณีรับเงินแทน)

มีความประสงค์

แจ้งแสดงตนแทนผู้รับเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ผู้สูงอายุ

คนพิการ

ผู้ป่วยเอดส์

แจ้งความประสงค์ในการมอบอำนาจขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ โดยจ่าย

ให้แก่..... (ผู้รับมอบอำนาจ)

ให้ออนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑๒ เดือนๆ ละ .....บาท

บัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. สาขา ..... เลขที่บัญชี.....

ชื่อบัญชี.....

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)