**คู่มือ/ขั้นตอนการให้บริการแก่ประชาชน**

การรับชำระภาษีบำรุงท้องที่

17

**1.เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง**

**พระราชบัญญัติภาษีบำรุงท้องที่ พ.ศ.2508**

**2.แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

**ผู้เป็นเจ้าของที่ดินยื่นแบบแสดงรายการที่ดิน (ภ.บ.ท.5)**

**ขั้นตอนที่ 2**

**เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร**

**ขั้นตอนที่ 3**

**ผู้มีหน้าที่เสียภาษีบำรุงท้องที่ชำระเงิน และรับใบเสร็จรับเงินค่าภาษีบำรุงท้องที่(ภ.บ.ท.5)**

**สรุป ระยะเวลาการให้บริการ : 3 นาที/ราย**

###### 3.เอกสารประกอบการพิจารณา

1. **ประจำตัวประชาชนและสำนาทะเบียนบ้าน**
2. **ใบเสร็จรับเงินค่าภาษีบำรุงท้องที่ปีผ่านมา(ภ.ร.ด.11)**

**4.ติดต่อได้ที่ ส่วนการคลัง /โทรศัพท์ 042-353399**

การจัดเก็บภาษีโรงเรือนและที่ดิน

18

**1.เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง**

**พระราชบัญญัติภาษีโรงเรือนและที่ดิน พ.ศ.2508**

**2.แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

**ผู้มีหน้าที่เสียภาษีโรงเรือนและที่ดิน ยื่นแบบแสดงรายการเสียภาษีโรงเรือนและที่ดิน (ภ.ร.ด.2)**

**ขั้นตอนที่ 2**

**เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร**

**ขั้นตอนที่ 3**

**ผู้มีหน้าที่เสียภาษีโรงเรือนและที่ดินชำระเงิน และรับใบเสร็จรับเงินค่าภาษีโรงเรือน(ภ.ร.ด.12)**

**สรุป ระยะเวลาการให้บริการ : 3 นาที/ราย**

**3.เอกสารประกอบการพิจารณา**

1. **บัตรประจำตัวประชาชนและสำนาทะเบียนบ้าน**
2. **ใบเสร็จรับเงินค่าภาษีโรงเรือนและที่ดินปีผ่านมา(ภ.ร.ด.12)**

4.ติดต่อได้ที่ ส่วนการคลัง / โทรศัพท์ 042-353399

#### การรับชำระภาษีป้าย

19

**1.เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง**

**พระราชบัญญัติภาษีป้าย พ.ศ.2501**

**2.แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

**ผู้มีหน้าที่เสียภาษีป้าย ยื่นแบบแสดงรายการภาษีป้าย(ภ.ป.1)พร้อมเอกสารประกอบ**

**ขั้นตอนที่ 2**

**เจ้าหน้าที่ตรวจสองเอกสาร**

**ขั้นตอนที่ 3**

**ผู้มีหน้าที่เสียภาษีป้ายชำระเงินและรับใบเสร็จรับเงิน(ภ.ป.7)**

**สรุป ระยะเวลาการให้บริการ : 3 นาที/ราย**

###### 3.เอกสารประกอบการพิจารณา

1. **บัตรประจำตัวประชาชนและสำนาทะเบียนบ้าน**
2. **ใบเสร็จรับเงินค่าภาษีป้ายปีที่ผ่านมา(ภ.ป.7)**

4.ติดต่อได้ที่ ส่วนการคลัง /โทรศัพท์ 042-353399

**การขออนุญาตฆ่าสัตว์**

20

**๑. เอกสาร/หลักฐานการอ้างอิง**

**-**

**๒. แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

ยื่นคำร้อง

**ขั้นตอนที่ 2**

ค่าคำร้องขออนุญาตฆ่าสัตว์

**สรุป กระบวนการ 2 ขั้นตอน 10 ตัวต่อนาที**

**3. เอกสารประกอบการขอใช้บริการ**

**1. สำเนาบัตรประชาชน**

**2. ใบคำร้องขออนุญาตฆ่าสัตว์**

**๔. ติดต่อได้ที่ ส่วนการคลัง งานจัดเก็บภาษีและรายได้ /โทรศัพท์ 042-353399**

**การรับชำระค่าธรรมเนียมการจัดเก็บขยะมูลฝอย**

21

**๑. เอกสาร/หลักฐานการอ้างอิง**

**- พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล และ อบต.พ.ศ.2537**

**๒. แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

ประชาชนยื่นคำขอและกรอกข้อมูล

ตามแบบคำร้องขอใช้บริการจัดเก็บ

ขยะมูลฝอย

**ขั้นตอนที่ 2**

เจ้าหน้าที่รับแบบคำขอและตรวจสอบเอกสาร

และพิจารณาอนุมัติ/ออกใบเสร็จ

**ขั้นตอนที่ 3**

จัดส่งวางถังขยะภายใน ๑ สัปดาห์

หลังจากอนุมัติ

สรุป กระบวนการ ๓ ขั้นตอน จัดเก็บขยะทุกวัน

๓. เอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

๓.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน

๔. ติดต่อได้ที่ ส่วนการคลัง /**โทรศัพท์ 042-353399**

**การสนับสนุนน้ำอุปโภคบริโภค**

22

**1.เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง**

**ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดการเรื่องร้องทุกข์**

**2.แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

**ยื่นคำร้องขอสนับสนุนน้ำอุปโภคบริโภค เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง**

**ขั้นตอนที่ 2**

**เสนอเรื่องต่อผู้บริหารท้องถิ่นพิจารณาสั่งการ**

**สรุป ระยะเวลาการให้บริการ : 3 ชั่วโมง/หมู่บ้าน**

**3.เอกสารประกอบการพิจารณา**

**1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน**

4. ติดต่อได้ที่ สำนักปลัด งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

โทรศัพท์ 042-353199

โทรศัพท์ 042-353399

**การช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ**

23

**๑. เอกสาร/หลักฐานการอ้างอิง**

- ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินทดรองราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ

กรณีฉุกเฉิน พ.ศ.2557

**๒. แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

**ผู้ประสบเหตุสาธารณภัยแจ้งเหตุต่อเจ้าหน้าที่**

**ขั้นตอนที่** 2

**เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดำเนินการช่วยเหลือ**

**สรุป กระบวนการ ๒ ขั้นตอน ดำเนินการในทันที**

**3.เอกสารประกอบการพิจารณา**

**๓.๑ คำร้องทั่วไป**

4.ติดต่อได้ที่ สำนักปลัด งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

โทรศัพท์ 042-353199

โทรศัพท์ 042-353399

## รับแจ้งเรื่องราวร้องทุกข์

24

**1.เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง**

**ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดการเรื่องร้องทุกข์**

**2.แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

**แจ้งเรื่องร้องทุกข์ต่อเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่**

**ขั้นตอนที่ 2**

**ผู้บริหารท้องถิ่นสั่งการตรวจสอบเรื่องร้องทุกข์**

**ขั้นตอนที่ 3**

**รายงานผลการตรวจสอบเรื่องราวร้องทุกข์ให้ผู้บริหารท้องถิ่นทราบและแจ้งผลการดำเนินการให้ผู้ร้องทุกข์ทราบ**

**ระยะเวลาการให้บริการ : 20 นาที/เรื่อง**

**3.เอกสารประกอบการพิจารณา**

**1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน**

4.ติดต่อได้ที่ สำนักปลัด งานธุรการ

โทรศัพท์ 042-353399

**การขอข้อมูลข่าวสาร**

25

**๑. เอกสาร/หลักฐานการอ้างอิง**

**- พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. ๒๕๔๐**

**๒. แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

ประชาชนขอรับข้อมูลข่าวสารยื่นคำร้อง

พร้อมเอกสารประกอบ

**ขั้นตอนที่ 2**

**แจ้งหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการ**

**ขั้นตอนที่ 3**

**ดำเนินการคัดสำเนาให้ผู้ยื่นคำร้องฯ**

**สรุป ระยะเวลาการให้บริการ : 20 นาที/ราย**

**3.เอกสารประกอบการพิจารณา**

**๓.๑ คำร้องทั่วไป**

4.ติดต่อได้ที่ สำนักปลัด งานธุรการ /โทรศัพท์ 042-353399

26

**การจดทะเบียนพาณิชย์**

**1.เอกสาร/หลักฐานอ้างอิง**

**พระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ 2499**

**2.แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

**ผู้ประสงค์ขอรับใบทะเบียนพาณิชย์ยื่นคำขออนุญาตต่อพนักงานเจ้าหน้าที่**

**ขั้นตอนที่ 2**

**พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารพร้อมชำระเงินและออกใบเสร็จรับเงิน**

**ขั้นตอนที่ 3**

**พนักงานเจ้าหน้าที่เสนอนายทะเบียนพาณิชย์พิจารณาลงนามรับรองคำขอและลงนามใบอนุญาตประกอบกิจการพาณิชย์**

**ขั้นตอนที่ 3**

**พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งมอบทะเบียนแก่ผู้ยื่นคำขอ**

**ระยะเวลาการให้บริการ : 3 ชั่วโมง/หมู่บ้าน**

**3.เอกสารประกอบการพิจารณา**

**1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอจดทะเบียนพาณิชย์**

**2.สำเนาทะเบียนบ้านที่ประกอบการพาณิชย์**

**3.กรณีที่ตั้งกิจการเป็นที่ของบุคคลอื่น ให้มีสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าบ้านพร้อมรับรองสำเนาว่าเจ้าบ้านยินยอมให้ประกอบกิจการประกอบด้วย**

4.ติดต่อได้ที่ สำนักปลัด งานพัฒนาชมชน/งานธุรการ /โทรศัพท์ 042-353399

27

**การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

**๑. เอกสาร/หลักฐานการอ้างอิง**

**- ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเบี้ยคนพิการให้ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552**

**๒. แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1**

1. คนพิการที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดต้องมายื่นคำขอรับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ณ สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อลงทะเบียนใช้สิทธิขอรับการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ ภายในเดือน พฤศจิกายน

**ขั้นตอนที่ 2**

1. ในกรณีที่คนพิการไม่สามารถยื่นคำขอได้เนื่องจากเป็นผู้เยาว์ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ หรือในกรณีที่คนพิการสภาพความพิการถึงขั้นไม่สามารถยื่นคำขอรับ เบี้ยความพิการด้วยตนเองได้ ให้บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการยื่นคำขอนั้นแทนได้ แต่ต้องนำหลักฐานของคนพิการไปแสดงต่อข้าราชการส่วนท้องถิ่น

**ขั้นตอนที่ 3**

3.ให้คนพิการหรือผู้รับมอบอำนาจ กรอกรายละเอียดคำขอตามแบบที่กำหนด (แบบคำขอขึ้นทะเบียนคนพิการ) โดยลงทะเบียนตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด คนพิการต้องนำหลักฐานเอกสารแสดงตน

สรุป กระบวนการ ๓ ขั้นตอน ภายใน 30 วัน

**๓. เอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้**

**1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา**

**2.สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา**

**3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา  สำหรับในกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์**

**๔. ติดต่อได้ที่** สำนักปลัด งานพัฒนาชุมชน **/โทรศัพท์ 042-353399**

28

**การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ**

**๑. เอกสาร/หลักฐานการอ้างอิง**

**- ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเบี้ยคนพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553**

**๒. แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ

ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน

**สรุป กระบวนการ ๓ ขั้นตอน รับขึ้นทะเบียนทุกวันในเวลาราชการ**

**๓. เอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้**

**1.บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ**

**2.ทะเบียนบ้าน**

**3.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร  สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการผ่านธนาคาร**

**๔. ติดต่อได้ที่ สำนักปลัด งานพัฒนาชุมชน /โทรศัพท์ 042-353399**

29

**การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

**๑. เอกสาร/หลักฐานการอ้างอิง**

**- ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเบี้ยคนพิการให้ผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548**

**๒. แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ**

**ขั้นตอนที่ 1 การยื่นคําขอ**

การยื่นคําขอ

ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทาง มายื่นคําขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะ

มอบอํานาจให้ผู้อุปการะมาดําเนินการแทนก็ได้

**ขั้นตอนที่** 2. คุณสมบัติ

คุณสมบัติ

1. มีภูมิลําเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองท้องถิ่น

2. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอีเลี้ยงตนเองได้

**ขั้นตอนที่ 3 การจ่ายเงินเบียยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

**การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

**1. ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเบี้ยยังชีพ ในอัตราเดือนละ 500 บาท หรือตามมติคณะรัฐมนตรีกําหนด**

**2. อบต. จะทําการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ให้โดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ในนามผู้มีสิทธิ หรือบุคคลที่รับมอบอํานาจภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน**

**สรุป กระบวนการ ๓ ขั้นตอน รับขึ้นทะเบียนทุกวันในเวลาราชการ**

**๓. เอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้**

1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

2.สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. (สาขาศรีบุฐเรือง) ที่รับเงิน หากเป็นคนพิการให้นำสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อม

3.รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ

๔. ติดต่อได้ที่ สำนักปลัด งานพัฒนาชุมชน **/โทรศัพท์ 042-353399**

**ภาคผนวก**

**แบบฟอร์มคำร้องต่าง ๆ**

**คำขอดูข้อมูลข่าวสาร**

เขียนที่

วันที่

เรื่อง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง/อาชีพ

อยู่บ้านเลขที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

โทรศัพท์ มีความประสงค์ขอตรวจดูข้อมูลข่าวสารดังต่อไปนี้

1.

2.

3.

4.

5.

เพื่อ

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเงินจำนวน บาท เพื่อชำระเป็นค่าธรรมเนียมการคัดสำเนามาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการให้ตามประสงค์ของข้าพเจ้าต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

( )

**ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์ม**

**คำขอดูข้อมูลข่าวสาร**

เขียนที่ 12 หมู่ที่ 1 ตำบลหันนางาม

อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

วันที่ 5 มิถุนายน 2558

เรื่อง ขอดูข้อมูลข่าวสาร

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม

ข้าพเจ้า นายสมดี สมใจ ตำแหน่ง/อาชีพ ทำสวน

อยู่บ้านเลขที่ 12 ตำบล หันนางาม อำเภอ ศรีบุญเรือง จังหวัด หนองบัวลำภู

โทรศัพท์ - มีความประสงค์ขอตรวจดูข้อมูลข่าวสารดังต่อไปนี้

1. ข้อบัญญัติตำบล เรื่อง งบประมาณรายจ่ายประจำปี 2558

2. แผนพัฒนาตำบล 3 ปี

3.

4.

5.

เพื่อ

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเงินจำนวน - บาท เพื่อชำระเป็นค่าธรรมเนียมการคัดสำเนามาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการให้ตามประสงค์ของข้าพเจ้าต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) นายสมดี สมใจ

( นายสมดี สมใจ )

**หนังสือร้องทุกข์**

เขียนที่

วันที่

เรื่อง

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม

สถานที่ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

สาเหตุ

แนวทางแก้ไข

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

( )

**ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์ม**

**หนังสือร้องทุกข์**

เขียนที่ 12 หมู่ที่ 1 ตำบลหันนางาม

อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

วันที่ 5 มิถุนายน 2558

เรื่อง ขอใช้น้ำประปา

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม

สถานที่ บ้านเลขที่ 12 หมู่ที่ 1 ตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

สาเหตุ ที่บ้านใช้น้ำอุปโภคบริโภคจากบ่อน้ำตื้น แต่พอฤดูแล้งน้ำในบ่อน้ำตื้นแห้งต้องซื้อน้ำจากที่อื่นมาใช้

แนวทางแก้ไข ให้องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม ขยายเขตประปาเพื่อขอใช้น้ำประปาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) นายสมดี สมใจ

( นายสมดี สมใจ )

**คำร้องทั่วไป**

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม

วันที่ ................ เดือน .................................... พ.ศ. ............

เรื่อง ..............................................................................

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม

ข้าพเจ้า .......................................................... อายุ ..........................ปี สัญชาติ ........................................  
เชื้อชาติ ......................ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่ ...................................... หมู่ที่ ........... ตำบล .................................  
อำเภอ ........................................... จังหวัด ..................................... เบอร์โทร .......................................................

มีความประสงค์ ........................................................................................................................................  
................................................................................................................................................................................  
................................................................................................................................................................................  
................................................................................................................................................................................

ตั้งแต่วันที่ .............................. เดือน ................................... พ.ศ. ..........................เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) .................................................................ผู้ยื่นคำร้อง

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

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(ลงชื่อ) ................................................. เจ้าหน้าที่

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

วันที่ .................................................................

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม ความเห็น ปลัด อบต

……………………………..……………………….. ………………….………………….….........................

(……………………………………………..) (นายธัชกร เต็มแสง)

ผู้ยื่นคำร้อง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม

คำสั่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม

……………………………….………………………….......

(นายประธาน หาญเชิงชัย)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม

**ทะเบียนเลขที่................./25...…**

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ...........**

**ผู้ยื่นคำขอฯ** [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น กับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ที่อยู่

โทรศัพท์

เขียนที่ .

วันที่ เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี สัญชาติ ไทย

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ .

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์ .

เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ อื่น ๆ .

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี.......................................................................................................

ธนาคาร **เลขที่บัญชี** □□□-□-□□□□□-□

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน □ สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ โรงพยาบาล .

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ**

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

( ) ( )

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว........................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว  □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.........................................................................................................  .........................................................................................................  (ลงชื่อ).................................................................................  (....................................................................)  เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  **เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม**  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว  มีความเห็นดังนี้  □ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ)...................................................................  (..................................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)...................................................................  (..................................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)...................................................................  (..................................................................) |
| **คำสั่ง**  □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่น ๆ .........................................................................................  .......................................................................................................................................................................................................  (ลงชื่อ)....................................................................  (.......................................................................)  นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม  วัน/เดือน/ปี........................................................ | |

(ตัดตามรอยประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ทะเบียนเลขที่............../๒๕........

ชื่อ....................................................................นามสกุล................................................บ้านเลขที่..................หมู่ที่..............

ตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.......................เดือน.......................................................พ.ศ. .........................

**แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์**

**ทะเบียนเลขที่................./........**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25............**

**ผู้ยื่นคำขอฯ** [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น กับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ที่อยู่

โทรศัพท์

เขียนที่ .

วันที่ เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี สัญชาติ ไทย

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ .

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

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

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์

เกี่ยวข้องโดยเป็น □ บิดา-มารดา □ บุตร □ สามี-ภรรยา □ พี่น้อง □ อื่น ๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

□ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

□ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี.......................................................................................................

ธนาคาร **เลขที่บัญชี** □□□-□-□□□□□-□

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

□ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน □ สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ โรงพยาบาล

□ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

□ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ**

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

( ) ( )

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน**  เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ  ได้ตรวจสอบคุณสมบัติ นาย/นาง/นางสาว........................................................................................................หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว  □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน  □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....................................................................................................  .....................................................................................................  (ลงชื่อ).................................................................................  (....................................................................)  เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน | **ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**  **เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม**  คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว  มีความเห็นดังนี้  □ สมควรรับขึ้นทะเบียน □ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน  กรรมการ (ลงชื่อ)...................................................................  (..................................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)...................................................................  (..................................................................)  กรรมการ (ลงชื่อ)...................................................................  (..................................................................) |
| **คำสั่ง**  □ รับลงทะเบียน □ ไม่รับลงทะเบียน □ อื่น ๆ .........................................................................................  .......................................................................................................................................................................................................  (ลงชื่อ)....................................................................  (นายประธาน หาญเชิงชัย)  นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหันนางาม  วัน/เดือน/ปี........................................................ | |

(ตัดตามรอยประ ให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ทะเบียนเลขที่............../๒๕.....

ชื่อ....................................................................นามสกุล................................................บ้านเลขที่..................หมู่ที่..............

ตำบลหันนางาม อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.......................เดือน.......................................................พ.ศ. .........................