



คู่มือการให้บริการประชาชนด้านเบี้ยยังชีพ

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เทศบาลตำบลแม่แจ่ม

www.mabkhae.go.th

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

สำนักปลัด เทศบาลตำบลแม่แจ่ม

โทรศัพท์ ๐๓๔-๙๙๖๒๓๐ กิต ๑๐๓ โทรสาร ๐๓๔-๙๙๖๒๓๐ กิต ๑๐๘



คำนำ

เทศบาลตำบลมาบแค มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับ ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ในเขตเทศบาลตำบลมาบแค และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ มีบทบาทหน้าที่ในการ ดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงิน เบี้ยความพิการ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคล ดังกล่าวฯ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ และ หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๑๐.๖ / ว ๘๐๒๙ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบ กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การ จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว เทศบาลตำบล มาบแค จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำ ขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

เทศบาลตำบลมาบแค หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางใน การปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

เทศบาลตำบลมาบแค

ตุลาคม ๒๕๖๖

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักงานปลัดเทศบาลตำบลมาบแค

โทรศัพท์ : ๐-๓๔๙๙๓/-๖๒๓/๐

โทรสาร : ๐-๓๔๙๙๓/-๖๒๓/๐ ต่อ ๑๐๘

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนความพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ และ หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๑๐.๖ / ๘๐๒๙ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ ความนัยตาม

๐ ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์แล้ว และผู้สูงอายุที่จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ที่ได้ยื่นขอสสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุดังกล่าว หากมีคุณสมบัติครบถ้วน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเบิกจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุในเดือนถัดไป (สำหรับผู้สูงอายุที่เกิดวันที่ ๑ ให้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนนั้น)

/การปรับ...

© การปรับอัตราดอกเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นปรับอัตราดอกเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได ตามมติคณะรัฐมนตรี ณ เดือนที่ผู้สูงอายุมีอายุครบช่วงอายุในเดือนถัดไป หากผู้สูงอายุไม่มีวันและเดือนเกิด ให้พิจารณาวันและ เดือนเกิด ตามมาตรา ๑๖ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตรวจสอบช่วงอายุและจำนวนเงินในระบบสารสนเทศการ จัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นประจำทุกเดือน นั้น

หลักเกณฑ์

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตรวจสอบคุณสมบัติของตนเอง ตามรายการดังนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตตำบลมาบแค

(๓) มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้ยื่นยืนยันสิทธิขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตำบลมาบแค

(๔) เป็นผู้มิรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตาม

กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด

หมายเหตุ สำหรับข้อกำหนดใหม่ (มีผลตั้งแต่วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๖) ที่ระบุว่าต้องเป็นผู้มีรายได้ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด **ในขณะนี้ยังไม่มีข้อกำหนดเกณฑ์ชี้วัดการมีรายได้ไม่เพียงพอ ดังนั้นตอนนี้ผู้สูงอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ที่มีคุณสมบัติตามระเบียบข้างต้น ยังสามารถรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุกรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้

วิธีการ

๑. กรณีผู้สูงอายุซึ่งได้รับเบี้ยยังชีพจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งได้ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้ผู้สูงอายุนั้นยื่นยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา

๒. กรณีที่ผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิม ซึ่งได้จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แจกไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นภูมิลำเนาแห่งใหม่ของผู้สูงอายุ เพื่อแจ้งผู้สูงอายุยืนยันสิทธิ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ แล้วแต่กรณี

๓. ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิม แล้วแต่กรณีไปจนถึงสิ้น ปีงบประมาณที่แจ้งย้ายภูมิลำเนา เว้นแต่ผู้สูงอายุนั้นได้ยื่นยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่

๔. กรณีที่ผู้สูงอายุได้ดำเนินการยื่นยื่นสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแล้ว ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนถัดไป โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ต้องได้รับการยืนยันจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมก่อนแล้วแต่กรณี

๕. กรณีผู้สูงอายุมิได้มาดำเนินการตามดังกล่าวภายในปีงบประมาณที่แจ้งย้ายภูมิลำเนา หากได้ดำเนินการยื่นยื่นสิทธิดังกล่าว ให้ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอีกครั้งในเดือนถัดไป

๖. หากมีการปรับอัตราการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได ตามมติคณะรัฐมนตรีให้มีการปรับอัตราการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ เดือนที่มีผู้สูงอายุครบช่วงในเดือนถัดไปหากผู้สูงอายุไม่มีวันและเดือนเกิดให้พิจารณาวันและเดือนเกิด ตามมาตรา ๑๖ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แบบขั้นบันได จะได้รับจ่ายทุกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน หากเกิดในวันที่ ๑๐ ตรงกับวันหยุดราชการจะจ่ายในวันทำการก่อนวันหยุดนั้น โดยจ่ายเป็นรายเดือนแบบขั้นบันได ดังนี้

ผู้สูงอายุ ๖๐-๖๙ จะได้รับ ๖๐๐ บาท

ผู้สูงอายุ ๗๐-๗๙ จะได้รับ ๗๐๐ บาท

ผู้สูงอายุ ๘๐-๘๙ จะได้รับ ๘๐๐ บาท

ผู้สูงอายุ ๙๐ ปีขึ้นไป จะได้รับ ๑,๐๐๐ บาท

หมายเหตุ

กรณีผู้มีสิทธิได้รับเงินยังชีพผู้สูงอายุเสียชีวิตลง หากเป็นการเสียชีวิตตั้งแต่วันที่ ๑ จนถึงวันกำหนดการจ่ายเงินขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการจ่ายเงินให้แก่ผู้ที่ผู้มีสิทธิรับเงินได้แสดงเจตจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรให้รับเงินแทนทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว โดยมีพยานรับรองอย่างน้อย ๒ คน หากไม่ได้แสดงเจตจำนงดังกล่าวไว้ให้จ่ายเป็นเงินสดแก่ทายาทโดยธรรมหรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๐ กรณีผู้สูงอายุซึ่งต้องขังหรือจำคุกในเรือนจำ ทัณฑสถานหรือสถานที่ถูกคุมขังของกรมราชทัณฑ์ ให้มอบอำนาจให้ผู้บัญชาเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผู้บัญชาการเรือนจำมอบหมาย ยื่นยื่นยื่นสิทธิต่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตามภูมิลำเนาของผู้มีสิทธิ

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

ขั้นตอนให้บริการ

๑. ผู้สูงอายุนำเอกสารมายื่นให้เจ้าหน้าที่พร้อมกรอกข้อมูลในแบบคำขอ

ขั้นตอนการให้บริการ

๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร

(๕ นาที)

ขั้นตอนการให้บริการ

๓. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น

(๕ นาที)

ขั้นตอนการให้บริการ

๔. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

(๑ วัน)

ขั้นตอนการให้บริการ

๕. จัดทำประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงิน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑.บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๒.ทะเบียนบ้าน(ปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๓.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีขอรับเงินโยผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ฉบับ

๔.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ(กรณีขอรับผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

รับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียน

ได้ที่งานพัฒนาชุมชนสำนักงานปลัดเทศบาลโทรศัพท์ ๐๓๔-๙๙๖๒๙๐ โทรสาร ๐๓๔-๙๙๖๖-๒๙๐

หนังสือมอบอำนาจยื่นสิทธิเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เกิดวันที่.....เมื่อวันที่.....
.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เกิดวันที่.....เมื่อวันที่.....
.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจขอยื่นสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ(เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า“ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว”จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง
ทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพความพิการ

งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักงานปลัดเทศบาลตำบลมาบแค

โทรศัพท์ : ๐-๓๔๙๙๗-๖๒๓๐

โทรสาร : ๐-๓๔๙๙๗-๖๒๓๐ ต่อ ๑๐๘

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่๒) พ.ศ.๒๕๕๙ กำหนดให้คนพิการที่ได้จดทะเบียนความพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ สถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิ

หลักเกณฑ์

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลมาบแค
๓. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริม
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ โดยรับเป็นเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายที่อยู่ และยังคงประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

หมายเหตุ

กรณีที่คนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจ เป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้ดูแลคนพิการยื่นคำขอแทน แต่ต้อง นำหลักฐานของคนพิการและ คนดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุสามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ด้วย

การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

อัตราการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ดังนี้

ผู้พิการอายุ ๐ - ๑๘ จะได้รับ ๑,๐๐๐ บาท

ผู้พิการ ๑๘ ปีขึ้นไป จะได้รับ ๘๐๐ บาท

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

ขั้นตอนให้บริการ

๑. คนพิการนำเอกสารมายื่นให้เจ้าหน้าที่พร้อมกรอกข้อมูลในแบบคำขอ

ขั้นตอนการให้บริการ

๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร

(๕ นาที)

ขั้นตอนการให้บริการ

๓. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น

(๕ นาที)

ขั้นตอนการให้บริการ

๔. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

(๑ วัน)

ขั้นตอนการให้บริการ

๕. จัดทำประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้าน(ปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีขอรับเงินโยผ่านธนาคาร)
จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ(กรณีขอรับผ่านธนาคาร)
จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

รับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียน

ได้ที่งานพัฒนาชุมชนสำนักงานปลัดเทศบาลโทรศัพท์ ๐๓๔-๙๗๖๒๓๗๐

โทรสาร ๐๓๔-๙๗๖-๒๓๗๐

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ

ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา- มารดา บุตร สามเณร - ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ)

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

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (ระบุ)

ชื่อ.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ

.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ - - - -

ประเภทคนพิการ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางออกทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่เมื่อ.....

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ(ระบุ).....

มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์/ผู้ดูแล

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ์ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ์/ผู้ดูแล
ธนาคาร.....เลขบัญชี - - -

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

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

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช/ด.ญ/ นาย / นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่ใช่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกเทศมนตรีตำบลมาบแค</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี</p> <p>ความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
---	--

คำสั่ง

รับลงทะเบียน ไม่รับลงทะเบียน อื่น ๆ

(ลงชื่อ)

(นายปัญญาวัฒน์ ธนะตระกูลพานิช)

นายกเทศมนตรีตำบลมาบแค

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี่ยความพิการ โดยจะได้รับเงินเบี่ยความพิการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยจะเริ่มรับเงินเบี่ยยังชีพผู้พิการตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน **กรณีคนพิการย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี่ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี่ยความพิการในเดือนนั้นๆ**

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่

.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน

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

โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....เกิดวันที่

.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย

.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัส

ไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจ

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

รับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการผ่านบัญชีธนาคาร แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

“ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว”จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักงานปลัดเทศบาลตำบลมาบแค

โทรศัพท์ : ๐-๓๔๙๙๓-๖๒๓/๐

โทรสาร : ๐-๓๔๙๙๓-๖๒๓/๐ ต่อ ๑๐๘

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครอง
ท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะ
ขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำ
ขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการได้

หลักเกณฑ์

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลมาบแค
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดอุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้
มีปัญหาความซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้
ได้รับการพิจารณา ก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์ รับการตรวจสุขภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติน่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ห่างไกล ทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยั้งชีพย่ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

ขั้นตอนให้บริการ

- ๑. คนพิการนำเอกสารมายื่นให้เจ้าหน้าที่พร้อมกรอกข้อมูลในแบบคำขอ

ขั้นตอนการให้บริการ

- ๒. ยื่นคำร้องขอพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ (๕ นาที)

ขั้นตอนการให้บริการ

- ๓. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น (๕ นาที)

ขั้นตอนการให้บริการ

- ๔. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (๑ วัน)

ขั้นตอนการให้บริการ

- ๕. ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอให้ผู้ขอ/ผู้มอบอำนาจ (๕ นาที)

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. ใบรับรองแพทย์ คำวินิจฉัยฉัยว่าเป็น โรคเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ทะเบียนบ้าน(ปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีขอรับเงินโดยผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ฉบับ

- ๕.บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อม
สำเนาของผู้รับมอบอำนาจ(กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
- ๖.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีขอรับผ่าน
ธนาคาร) จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

รับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียน

ได้ที่งานพัฒนาชุมชนสำนักงานปลัดเทศบาลโทรศัพท์ ๐๓๔-๙๙๖๒๓๗๐ ต่อ ๑๐๓ โทรสาร

๐๓๔-๙๙๖-๒๓๗๐ ต่อ ๑๐๘

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

---- ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่

วันที่.....เดือน พ.ศ.

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

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

เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบลมาบแค อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม รหัสไปรษณีย์ ๗๓๐๐๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ - - - -

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและขอรับรองว่าข้อความดังกล่าว

ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

คำชี้แจง

การประกาศรายชื่อ ผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการให้ผู้ที่มายื่นคำขอรับ เบี้ยยังชีพมาตรวจสอรายชื่อตามประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ สำนักงานเทศบาล ตำบลมาบตาพุด ตำบลมาบตาพุด ทุกวันที่ ๕ ของเดือนถัดไปที่มาลงทะเบียน

การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ

กรมบัญชีกลางจะดำเนินการเบิก - จ่ายเงินให้กับผู้สูงอายุแล คนพิการที่มาขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยจะโอนเข้าบัญชีธนาคาร ตามที่ผู้สูงอายุและคนพิการได้แจ้งความประสงค์ไว้ การปรับอัตราการจ่ายเงินแบบขั้นบันได ณ เดือนที่ผู้สูงอายุมีอายุครบช่วงอายุในเดือนถัดไป หากผู้สูงอายุไม่มีวันและเดือนเกิดให้นำเป็นวันที่ ๑ มกราคมของปีนั้นๆ

