

# ประชาสัมพันธ์

## รับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์

### ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

อบต. อ่าวน้อยเปิดรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์ (รายใหม่) เพื่อรับเบี้ยยังชีพฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ กำหนดรับลงทะเบียน วันที่ ๑-๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ (ในวันและเวลาราชการ) ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวน้อย

#### ผู้สูงอายุ

๑. เป็นผู้ที่เกิดก่อนวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๙ (อายุ ๕๙ ปี ซึ่งจะมีอายุครบ ๖๐ ปี ในงบประมาณ ๒๕๖๐ )
๒. ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพรายเก่าที่รับเบี้ยยังชีพฯ อยู่ที่ยื่น และได้ย้ายเข้ามาอยู่ในเขต อบต.อ่าวน้อย
๓. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขต อบต.อ่าวน้อย
๔. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัดบำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์

#### ผู้พิการ

๑. มีบัตรประจำตัวผู้พิการ
๒. มีภูมิลำเนาในเขต อบต.อ่าวน้อย
๓. ผู้ที่รับเบี้ยสวัสดิการความพิการอยู่ที่ยื่น และได้ย้ายเข้าอยู่ในเขต อบต.อ่าวน้อย
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

#### หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน

๑. บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา
๒. บัตรประจำตัวผู้พิการ พร้อมสำเนา (กรณีผู้พิการ)
๓. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
๔. สำเนาหน้าบัญชี ชกส.
๕. กรณีมอบอำนาจให้ยื่นคำขอแทนต้องมีเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้  
หนังสือมอบอำนาจ (ขอรับได้ที่ อบต.) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  
และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ

#### ผู้ป่วยเอดส์ หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน ดังนี้

๑. บัตรประชาชน พร้อมสำเนา
๒. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
๓. ใบรับรองแพทย์ระบุว่าผู้ป่วยเอดส์
๔. หน้าบัญชี ชกส. ทั้งนี้ กรณีมอบอำนาจต้องดำเนินการเสมือนผู้สูงอายุ/พิการทุกประการ

หมายเหตุ เอกสารทุกชนิดต้องลงลายมือชื่อ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง โทร ๐๓๒ ๕๕๔๐๕๖