



ประกาศเทศบาลเมืองอรัญญิก

เรื่อง การตรวจสอบสถานะของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตรวจสอบสถานะความพิการ และแสดงการดำรงชีวิตอยู่ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนรับเบี้ยยังชีพ เพื่อยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

ด้วยเทศบาลเมืองอรัญญิก จะดำเนินการตรวจสอบสถานะของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ และผู้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยให้ผู้สูงอายุมาแสดงการดำรงชีวิตอยู่ และคนพิการมาแสดงสถานะความพิการและการดำรงชีวิตอยู่ และผู้ป่วยโรคเอดส์มายืนยันสิทธิขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างวันที่ ๑ - ๒๕ กันยายน ๒๕๖๕ ณ กองสวัสดิการสังคม สำนักงานเทศบาลเมืองอรัญญิก ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดราชการ)

ผู้สูงอายุ ที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอรัญญิกทุกคน ให้มาแสดงการดำรงชีวิตอยู่ต่อเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองอรัญญิกเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔-กันยายน ๒๕๖๕) ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๓ การตรวจสอบและจัดทำทะเบียนประวัติผู้มีสิทธิข้อ ๑๐ ให้นำเอกสารมายื่นต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

กรณีผู้สูงอายุรับเงินในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิเพื่อโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก  
บัญชีธนาคาร

๑. บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง) พร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง) พร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
๓. หนังสือมอบอำนาจ
๔. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ (จำนวน ๑ ชุด)
๕. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ (จำนวน ๑ ชุด)
๖. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร (จำนวน ๑ ชุด)

\*\*\*สำเนาเอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย

กรณีผู้สูงอายุเสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่ ให้แจ้งเทศบาลเมืองอรัญญิกทราบ ภายใน ๗ วัน เพื่อดำเนินการระงับการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้พิการ ที่รับเบี้ยความพิการในเขตเทศบาลเมืองอรัญญิกทุกคน รายละเอียดการแสดงสถานะความพิการและการแสดงการดำรงชีวิตอยู่คนพิการที่รับเบี้ยความพิการในเขตเทศบาลเมืองอรัญญิกทุกคน ให้มาแสดงการดำรงชีวิตอยู่และแสดงสถานะความพิการต่อเทศบาลเมืองอรัญญิก เพื่อรับเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ (ตุลาคม ๒๕๖๔-กันยายน ๒๕๖๕) ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ หมวด ๓ การตรวจสอบและจัดทำทะเบียนประวัติผู้มีสิทธิ ข้อ ๑๐ โดยให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ มาดำเนินการที่สำนักงานเทศบาลเมืองอรัญญิก พร้อมนำเอกสารมายื่นต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

\*\*\* กรณีรับเงินเบี้ยความพิการในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจผู้มีสิทธิเพื่อโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา ๑ ชุด
  ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง) พร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
  ๓. หนังสือมอบอำนาจ
  ๔. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ (จำนวน ๑ ชุด)
  ๕. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ (จำนวน ๑ ชุด)
  ๖. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร (จำนวน ๑ ชุด)
- \*\*\* สำเนาเอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย  
กรณีคนพิการเสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่ ให้แจ้งเทศบาลเมืองอรัญญิกทราบ ภายใน ๗ วัน

เพื่อดำเนินการระงับการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

เมืองอรัญญิก

ผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกคนให้มายืนยันสิทธิเพื่อขอเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต่อเทศบาล

๑. บัตรประจำตัวประชาชน(ฉบับจริง) พร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน(ฉบับจริง) พร้อมรับรองสำเนา ๑ ชุด
๓. ใบรับรองแพทย์(ฉบับจริง)

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ เดือน สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๔



(นายบรรณรินทร์ วัฒนกุลชัย)  
นายกเทศมนตรีเมืองอรัญญิก