

คู่มือปฏิบัติงาน
ด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์



กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม การสงเคราะห์ประชาชนผู้ทุกข์ยาก ขาดแคลน ไร้ที่พึ่งในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้รับเงินเบี้ยยังชีพ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐, (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑, (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๖ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๐, (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑

ดังนั้น องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ จึงได้จัดทำคู่มือการดำเนินงานกองสวัสดิการสังคมขึ้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และเกิดประโยชน์สูงสุดในการขอรับบริการของประชาชน

องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ประชาชน ในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ หรือประชาชนทั่วไป ให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิที่พึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์

ภารกิจของสวัสดิการสังคม

กองสวัสดิการสังคม มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการสงเคราะห์ การดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมสวัสดิการเด็กและเยาวชน การพัฒนาชุมชน การจัดระเบียบชุมชน การจัดให้มีและสนับสนุนกิจกรรมศูนย์เยาวชน การส่งเสริมงานประเพณีท้องถิ่น และงานสาธารณะ การให้คำปรึกษาแนะนำหรือตรวจสอบเกี่ยวกับงานสวัสดิการสังคม การส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้ การเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมการวิจัย การวางแผนโครงการการสำรวจจัดเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติ เพื่อนำไปใช้ประกอบการพิจารณากำหนดนโยบาย แผนงานและแนวทางการปฏิบัติในการจัดสวัสดิการ และปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมายโดยแบ่งส่วนราชการภายใน ดังนี้

๑.งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน มีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

- งานกิจการสตรีและผู้สูงอายุ
- งานสวัสดิการเด็กและเยาวชน
- งานส่งเสริมและสวัสดิการครอบครัว
- งานชมรมผู้สูงอายุ
- งานกองทุนสวัสดิการสังคม
- งานส่งเสริมและสนับสนุนศูนย์พัฒนาครอบครัว
- งานส่งเสริมและสนับสนุนศูนย์บริการทางสังคมแบบมีส่วนร่วม
- งานผลิตและเผยแพร่เอกสารทางราชการเกี่ยวกับงานส่งเสริมและสวัสดิการสังคม
- งานประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการสวัสดิการสังคม
- งานส่งเสริมสนับสนุนนโยบายของทางราชการ
- งานสำรวจและจัดตั้งชุมชน
- งานคัดเลือกคณะกรรมการชุมชนรับผิดชอบในการปรับปรุงชุมชนของตนเอง

๒.งานสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- งานสงเคราะห์ประชาชนผู้ทุกข์ยากขาดแคลนไร้ที่พึ่ง
- งานส่งเสริมสวัสดิภาพเด็กและสตรีและสงเคราะห์หญิงบางประเภท
- งานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุคนพิการและผู้ป่วยเอดส์
- งานสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสประเภทต่างๆ
- งานสงเคราะห์ครอบครัวและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและครอบครัว
- งานนโยบายเร่งด่วนด้านสังคมสงเคราะห์ต่างๆ

- งานให้คำปรึกษาแนะนำและเผยแพร่ความรู้ในด้านสังคมสงเคราะห์
- งานผลิตและเผยแพร่เอกสารทางราชการเกี่ยวกับงานสังคมสงเคราะห์
- งานประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการสังคมสงเคราะห์

๓.งานส่งเสริมอาชีพและพัฒนาสตรี มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- การฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับงานส่งเสริมและพัฒนาอาชีพสตรี
- งานส่งเสริมและจัดตั้งกลุ่มอาชีพ
- งานส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน
- งานพัฒนารูปแบบและคุณภาพผลิตภัณฑ์ชุมชน
- งานประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาอาชีพ
- งานส่งเสริมสนับสนุนนโยบายของทางราชการ

๔.งานธุรการ มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

- งานด้านธุรการรับ-ส่งหนังสือของกองสวัสดิการสังคม
- งานด้านการเตรียมการจัดประชุมต่างๆและจัดทำบันทึกรายงานการประชุม
- งานจัดหาฎีกาต่างๆที่เกี่ยวข้องในงานกองสวัสดิการสังคม
- งานเอกสารทางราชการพิมพ์หนังสือคำสั่งระเบียบที่เกี่ยวข้อง



การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุ

การรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุนั้น บุคคลที่จะสามารถลงทะเบียนต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมดังนี้

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

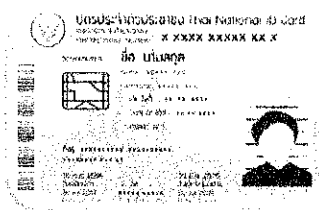
๑. สัญชาติไทย

๒. มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

๓. ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็น เงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ รวมถึงเงินอื่น ๆ ในลักษณะเดียวกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐจัดให้เป็นประจำ

เอกสารที่ต้องใช้ในการลงทะเบียน

๑. บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง (พร้อมสำเนา)



๒. ทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง พร้อมสำเนา)



๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารตัวจริง ในนามผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ (สำหรับกรณีประสงค์รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)



หมายเหตุ: ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถลงทะเบียนด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับต.นาโพธิ์ พร้อมนำเอกสาร ดังที่กล่าวมาข้างต้นของผู้รับมอบอำนาจมาด้วย

การรับลงทะเบียนผู้พิการ

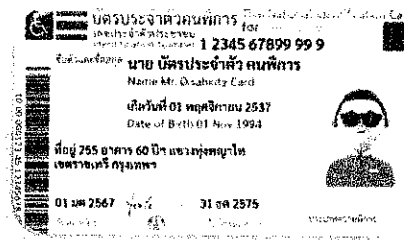
การรับลงทะเบียนผู้พิการเพื่อรับสิทธิ์ในการรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ นั้นบุคคล ที่จะสามารถลงทะเบียนต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่๒) พ.ศ.๒๕๖๐ ดังนี้

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

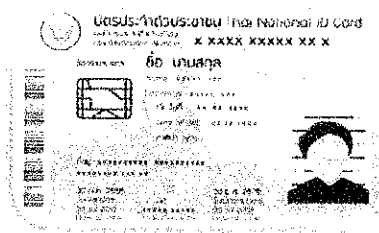
๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตามเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ต้องไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

เอกสารที่ต้องใช้ในการลงทะเบียน

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับจริง พร้อมสำเนา)



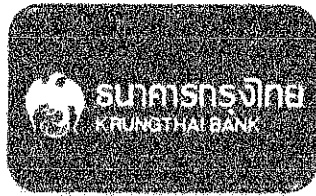
๒. บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง (พร้อมสำเนา)



๓. ทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง พร้อมสำเนา)



๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีต้องการรับเงินผ่านการโอนเข้าบัญชี)



 กรณีผู้ดูแลยื่นแทน

หากคนพิการไม่สามารถเดินทางไปได้ด้วยตนเอง บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา หรือญาติ สามารถดำเนินการแทนได้ โดยต้องเตรียมเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

๑. หนังสือมอบอำนาจ

๒. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจ สามารถตรวจสอบรายละเอียดเพิ่มเติมหรือติดต่อขอรับคำปรึกษาได้ที่กองสวัสดิการสังคมของ เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตามภูมิลำเนาของท่านได้ ค้นหาข้อมูลศูนย์บริการใกล้บ้านและข้อมูลสวัสดิการเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ของ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ขั้นตอนการขอบัตรประจำตัวคนพิการ

๑. ตรวจประเมิน: ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลของรัฐ (แนะนำให้ไปโรงพยาบาลประจำอำเภอหรือจังหวัด) เพื่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยและออก "เอกสารรับรองความพิการ" ให้

๒. ยื่นคำขอ: นำเอกสารรับรองความพิการและเอกสารส่วนตัวทั้งหมด ไปยื่นเรื่องได้ที่ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด (ตั้งอยู่ในสำนักงาน พมจ.) ในพื้นที่ที่คนพิการอาศัยอยู่

๓. ตรวจสอบและออกบัตร: เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบเอกสาร หากครบถ้วนจะทำการบันทึกข้อมูลและออกบัตรประจำตัวคนพิการให้ (ปัจจุบันสามารถเลือกรับเป็นบัตรแข็งหรือเปิดใช้งานบัตรดิจิทัลผ่านแอปพลิเคชัน ThaiD ได้ด้วย)

เอกสารที่ต้องเตรียม

๑. สำหรับคนพิการ

- ใบรับรองความพิการ (ออกโดยแพทย์โรงพยาบาลของรัฐ)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุยังไม่ถึงเกณฑ์ทำบัตรประชาชน)
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว (เป็นปัจจุบัน ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน) จำนวน ๑-๒ รูป

๒. สำหรับผู้ดูแล (กรณีคนพิการไม่สามารถเดินทางไปเองได้)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ดูแล
- สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ดูแล
- หนังสือมอบอำนาจ (กรณีคนพิการมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)

การต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการ

การดำเนินการต่ออายุบัตรประจำตัวคนพิการสามารถทำได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคม และ ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม(ศาลากลางจังหวัด) หรือ ยื่นเอกสารได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ โดยใช้เอกสารดังต่อไปนี้

เอกสารที่ต้องเตรียม

๑. สำหรับคนพิการ

- ใบรับรองความพิการ (ออกโดยแพทย์โรงพยาบาลของรัฐ)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุยังไม่ถึงเกณฑ์ทำบัตรประชาชน)
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว (เป็นปัจจุบัน ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน) จำนวน ๑-๒ รูป

๒. สำหรับผู้ดูแล (กรณีคนพิการไม่สามารถเดินทางไปเองได้)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ดูแล
- สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ดูแล
- หนังสือมอบอำนาจ (กรณีคนพิการมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)

การเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ

การเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการสามารถทำได้โดย ยื่นคำขอพร้อมเอกสาร ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พม.) หรือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ในพื้นที่ที่คนพิการอาศัยอยู่ โดยผู้ดูแลใหม่และผู้พิการต้องเตรียมเอกสารและดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

เอกสารที่ต้องใช้ (สำหรับผู้พิการและผู้ดูแลใหม่)

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ (ฉบับจริง)
๒. สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของคนพิการ และผู้ดูแลคนพิการคนใหม่ (พร้อมเซ็นสำเนาถูกต้อง)
๓. หนังสือยินยอมให้เปลี่ยนแปลงผู้ดูแลคนพิการ (กรณีคนพิการขอเปลี่ยนผู้ดูแลเดิมด้วยตนเอง)
๔. หนังสือรับรองการเป็นผู้ดูแลคนพิการ (กรณีอยู่คนละทะเบียนบ้าน ต้องให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือข้าราชการระดับ ๓ ขึ้นไป เป็นผู้รับรอง)

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม: ขอรับแบบฟอร์มได้ที่สำนักงาน พม.จังหวัด หรือดาวน์โหลดผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานรัฐ เช่น ศูนย์รวมข้อมูลเพื่อติดต่อราชการ
๒. ยื่นเอกสาร: นำเอกสารทั้งหมดไปยื่นที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)
๓. การปรับปรุงฐานข้อมูล: เจ้าหน้าที่จะทำการตรวจสอบข้อเท็จจริงและแก้ไขรายชื่อผู้ดูแลคนใหม่ในระบบฐานข้อมูลและบนบัตรประจำตัวคนพิการให้เป็นปัจจุบัน

การรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง นั้นบุคคล ที่จะสามารถลงทะเบียน ต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ดังนี้

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. การรับรองทางการแพทย์: เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยและมีใบรับรองแพทย์ออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ
๒. ภูมิลำเนา: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น เทศบาล หรือ อบต. ในพื้นที่) ที่ยื่นขอรับสิทธิ
๓. สภาพความเดือดร้อน: มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้

หมายเหตุ: ผู้มีสิทธิต้องไม่มีลักษณะซ้ำซ้อนกับการรับสวัสดิการแห่งรัฐประเภทอื่น เช่น ไม่เป็นผู้รับสวัสดิการบำนาญ หรือเงินสงเคราะห์อื่นๆ จากรัฐ (ยกเว้นเบี้ยผู้พิการตามกฎหมายที่กำหนด)

การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

สามารถยื่นคำร้องได้ที่กองสวัสดิการสังคมโดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

๑. บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง พร้อมสำเนา)
๒. ทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง พร้อมสำเนา ที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่นั้นๆ)
๓. ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) จากสถานพยาบาลของรัฐ ที่ระบุคำวินิจฉัยยืนยันชัดเจนว่าป่วยเป็น "โรคเอดส์" หรือ "ผู้ป่วยเอดส์"
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (พร้อมสำเนา) สำหรับให้โอนเงินเข้าการขึ้นทะเบียนและขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

กรณีมอบอำนาจ: เพิ่มหนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ การขึ้นทะเบียน และขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ภาคผนวก

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเอดส์

☐ ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ ทะเบียนบ้าน

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร
บัญชีเลขที่ ชื่อบัญชี

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ

บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วน

ท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/อบต..... คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ)..... นายก เทศมนตรี/นายก อบต..... วัน/เดือน/ปี.....	

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มิคุณสมบัติ
ครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....
พ.ศ. เป็นต้นไป กรณีผู้สูงอายุย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
ผู้สูงอายุ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกันยายนของปีนั้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะได้เบี้ยผู้สูงอายุ
ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจนสิ้นปีงบประมาณ และรับที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ในปีงบประมาณถัดไป

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียนแทนผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการ
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐ ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้พิการที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐

ประเภทความพิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางออทิสติก
☐ ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ความพิการทางสติปัญญา
☐ ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ☐ ความพิการทางการเรียนรู้
☐ ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร ☐ ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....
☐ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป ☐ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ
☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ☐ มีอาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

มีความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตัวเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ หรือสำเนาบัตรอื่นๆที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ ฯ แทน)
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธนาคาร.....
ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้ลงทะเบียน

(.....)

(.....)

...ติดตามรอยประให้คนสีการที่ยืนคำของทะเลเป็นนเก็บไว้

แบบทดสอบรับ

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ณ องค์การบริหารส่วนตำบลเชียงตา

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ โดยจะ มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ เป็นต้นไป ในอัตราเดือนละ ๔๐๐.-บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีคนพิการย้ายที่ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนที่ย้ายที่อยู่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีบทให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ลงทะเบียน
()

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่
□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่
□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า ในกิจการดังต่อไปนี้

- ☐ ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ☐ ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ
- ☐ รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ ด้วยเงินสด
- ☐ รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ โดยโอนผ่านบัญชีธนาคารผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อรับโอนเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ

“ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ เอกสารอื่นๆ

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)

เลขที่ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □

ที่เลข

ใจจดจ่อ

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำนำหน้านาม □ เด็กชาย □ เด็กหญิง □ นาย □ นาง □ นางสาว □ อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

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

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □

สถานภาพ □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ (ระบุ).....

รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกมา ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี

พร้อมเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ (จากโรงพยาบาลของรัฐ)

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช./ด.ญ./นาย/ นาง/ น.ส. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐ ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) วัน/เดือน/ปี.....	

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็น
ผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบฟอร์มแบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม
ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ – รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)