



องค์การบริหารส่วนตำบลเขาไผ่

# คู่มือปฏิบัติงาน

ด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์



งานสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน

องค์การบริหารส่วนตำบลเขาไผ่

อำเภอรัชฎา จังหวัดตรัง

โทร 075-290869

## ส่วนที่ 1: บทนำและวัตถุประสงค์

ภารกิจด้านสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ขององค์การบริหารส่วนตำบลเขาไพร อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง เป็นภารกิจสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น โดยเฉพาะ กลุ่มเปราะบาง อันได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนทางสังคม คู่มือปฏิบัติงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามระเบียบ กฎหมาย มีมาตรฐานเดียวกัน และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อประชาชน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

### 1.1 วัตถุประสงค์ของคู่มือ

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีขั้นตอนและแนวทางการดำเนินงานด้านสวัสดิการสังคมที่ชัดเจนและถูกต้องตามกฎหมาย
2. เพื่อลดข้อผิดพลาดในการตรวจสอบเอกสารและการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพและเงินสงเคราะห์ต่างๆ
3. เพื่อสร้างมาตรฐานการให้บริการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเป็นธรรมแก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลเขาไพร

### 1.2 ขอบเขตของคู่มือ

คู่มือฉบับนี้ครอบคลุมกระบวนการงานหลัก 4 ด้านของงานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.เขาไพร ได้แก่:

- การรับยืนยันสิทธิ์และจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การรับลงทะเบียนและจ่ายเงินเบี้ยความพิการ
- การรับลงทะเบียนและจ่ายเงินช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์
- กระบวนการสังคมสงเคราะห์และระงับทุกข์ผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน

## ส่วนที่ 2: แนวทางปฏิบัติงานรายกระบวนการหลัก

### 2.1 กระบวนการยืนยันสิทธิ์และจัดสรรเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่จะต้องดำเนินการตามขั้นตอนและกรอบระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดอย่างเคร่งครัด

#### คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียน:

1. มีสัญชาติไทย และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลเขาไพร
2. มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (หรือจะมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ในปีงบประมาณนั้นๆ)
3. ไม่เป็นผู้รับทรัพย์สินหรือประโยชน์ใดๆ จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ อปท.

ในลักษณะบ้านญาติหรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน

#### เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้:

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน (ที่เป็นปัจจุบันในเขต อบต.เขาไพร)
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในนามผู้มีสิทธิ หรือในนามผู้รับมอบอำนาจ)

#### ตารางอัตราการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได):

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงินเบี้ยยังชีพ (บาท/เดือน)
60 - 69 ปี	600 บาท
70 - 79 ปี	700 บาท
80 - 89 ปี	800 บาท
90 ปีขึ้นไป	1,000 บาท

## 2.2 กระบวนการรับลงทะเบียนและจัดสรรเบี้ยความพิการ

### คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียน:

1. มีสัญชาติไทย และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลเขาโพ
2. มีบัตรประจำตัวคนพิการที่ยังไม่หมดอายุ

### เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้:

- บัตรประจำตัวคนพิการ
- ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร

### อัตราการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ:

- ผู้พิการที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์: ได้รับ 1,000 บาท/เดือน
- ผู้พิการที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป: ได้รับ 800 บาท/เดือน

## 2.3 กระบวนการรับลงทะเบียนและจัดสรรเงินช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์

การดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ต้องพิจารณาเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญที่สุด เพื่อคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

### คุณสมบัติและหลักฐาน:

- ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐที่ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์
- ทะเบียนบ้านและบัตรประชาชนในเขต อบต.เขาโพ
- อัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือ: 500 บาท/เดือน

## 2.4 แนวทางปฏิบัติการดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน

เมื่อได้รับแจ้งเหตุหรือคำร้องขอความช่วยเหลือจากประชาชนในพื้นที่ งานพัฒนาชุมชนจะดำเนินการตามขั้นตอน 'เขาโพ โมเดล ร่วมใจระงับทุกข์' ดังนี้:

### 1. การรับเรื่องและลงทะเบียนผู้ประสบปัญหา:

เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเบื้องต้นลงในแบบฟอร์มขอรับการช่วยเหลือสังคมสงเคราะห์ ทันทีที่ได้รับการติดต่อ

### 2. การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านและสอบข้อเท็จจริง (Case Investigation):

นักพัฒนาชุมชนร่วมกับผู้นำท้องที่/ท้องถิ่น หรือ อสม. ลงพื้นที่ภายใน 3 วันทำการ

เพื่อประเมินสภาพความเป็นอยู่ รายได้ รายจ่าย และปัญหาสุขภาพ

### 3. การพิจารณาและวินิจฉัยเคส:

นำข้อมูลเข้าที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาช่วยเหลือประชาชนของ อบต.เขาไพร

เพื่ออนุมัติเงินสงเคราะห์หรือสิ่งของช่วยเหลือ (เช่น ถุงยังชีพ ปรับปรุงที่อยู่อาศัย หรือส่งต่อหน่วยงาน

พมจ.ตริง)

## ส่วนที่ 3: ขั้นตอนและกระบวนการจัดการคำร้อง (Flowchart)

เพื่อให้การปฏิบัติงานมีความชัดเจน ลำดับขั้นตอนการทำงาน (Workflow) ของเจ้าหน้าที่ มีดังต่อไปนี้:

ขั้นตอน	รายละเอียดการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาดำเนินการ
1. รับคำร้อง	ประชาชนยื่นเอกสาร/เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน	ภายใน 15 นาที/ราย
2. บันทึกข้อมูล	คีย์ข้อมูลผู้ขอรับสิทธิ์เข้าสู่ระบบสารสนเทศฯ (เช่นระบบเบี้ยยังชีพ)	ภายใน 1 วันทำการ
3. ตรวจสอบสิทธิ์	ตรวจสอบความเข้าช้กับฐานข้อมูลส่วนกลางและประกาศรายชื่อ	ทุกสิ้นเดือน
4. เสนออนุมัติ	จัดทำบัญชีรายชื่อเสนอผู้บริหาร อบต.เขาไพร ลงนามอนุมัติ	ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

ขั้นตอน	รายละเอียดการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาดำเนินการ
5. การจ่ายเงิน	โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารผู้มีสิทธิ์ หรือจ่ายเป็นเงินสด (กรณีจำเป็น)	ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

## ส่วนที่ 4: มาตรฐานการให้บริการและการติดตามประเมินผล

### 4.1 มาตรฐานเวลาการให้บริการ (SLA)

- การให้บริการสอบถามข้อมูลและรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพ: ไม่เกิน 20 นาทีต่อราย
- การออกหนังสือรับรองหรือแบบสอบข้อเท็จจริงสังคมสงเคราะห์: ไม่เกิน 2 วันทำการ

### 4.2 การจัดการเรื่องร้องเรียนและข้อคิดเห็น

หากประชาชนมีข้อสงสัยหรือไม่ได้รับความสะดวกในการรับบริการ สามารถร้องเรียนได้ช่องทางดังนี้:

1. ศูนย์บริการร่วม/ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน อบต.เขาไผ่
2. ผู้แสดงความคิดเห็น ณ สำนักปลัด อบต.เขาไผ่
3. ช่องทางออนไลน์: เว็บไซต์อย่างเป็นทางการของ อบต.เขาไผ่ หรือ แฟนเพจเฟซบุ๊ก อบต.เขาไผ่

### 4.3 การติดตามและประเมินผลประจำปี 2569

งานพัฒนาชุมชน กำหนดให้มีการตรวจสอบสถานะผู้รับเบี้ยยังชีพทุกประเภทในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ของทุกปี เพื่อปรับปรุงฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน (ป้องกันกรณีผู้รับสิทธิ์ย้ายภูมิลำเนา หรือเสียชีวิต) และจัดทำรายงานผลการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลเขาไผ่ ประจำปีงบประมาณ 2569 เสนอต่อปลัด อบต. และนายก อบต.เขาไผ่ ทราบเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ภาคผนวก

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

( การยื่นยืนยันสิทธิผู้สูงอายุ )

ยื่นคำขอยืนยันสิทธิพร้อมเอกสารหลักฐาน

1 นาที / ราย



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึก

ข้อมูลเพิ่มเติม 15 นาที/ราย



เสนอคณะกรรมการหรือ จนท.ที่ได้รับ

มอบหมายตรวจสอบคุณสมบัติ



เสนอผู้บังคับบัญชา(ผู้บริหาร) 1 นาที/ราย



แจ้งผล/ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบคำขอ

1 นาที/ราย

## เอกสารสำหรับการยืนยันสิทธิผู้สูงอายุ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
4. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

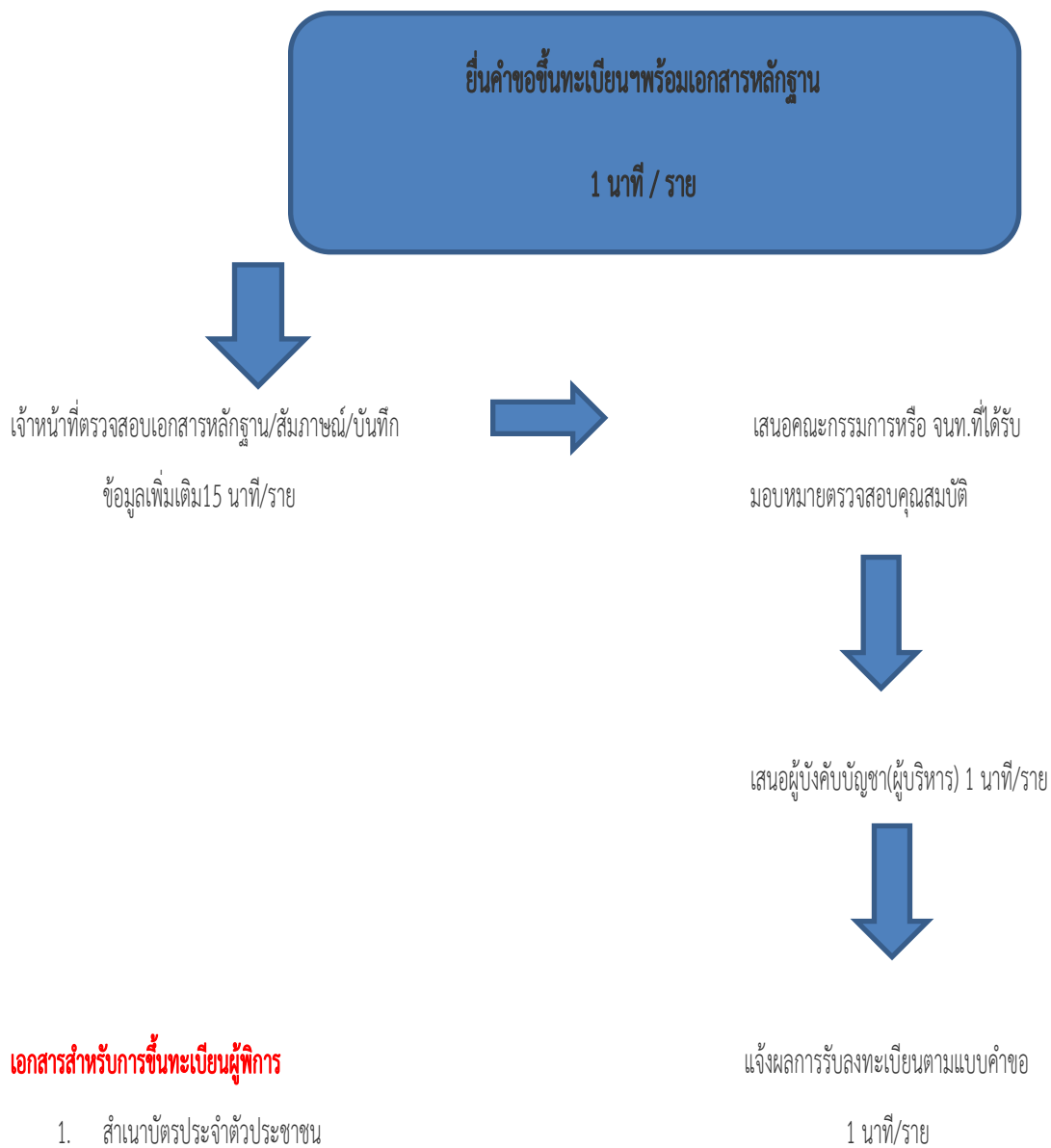
**\*\*\*เจ้าหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้งรับยืนยันสิทธิผู้สูงอายุ\*\*\***

**\*\*\*ขั้นตอนการยืนยันสิทธิผู้สูงอายุ เดิม 15 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 5-6 นาที/ราย\*\*\***

**หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนภายในวันที่ 1 มกราคม - 30 พฤศจิกายน ของทุกปี หรือตามระเบียบที่กำหนด**

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

## ( การรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ )



### เอกสารสำหรับการขึ้นทะเบียนผู้พิการ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
4. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)

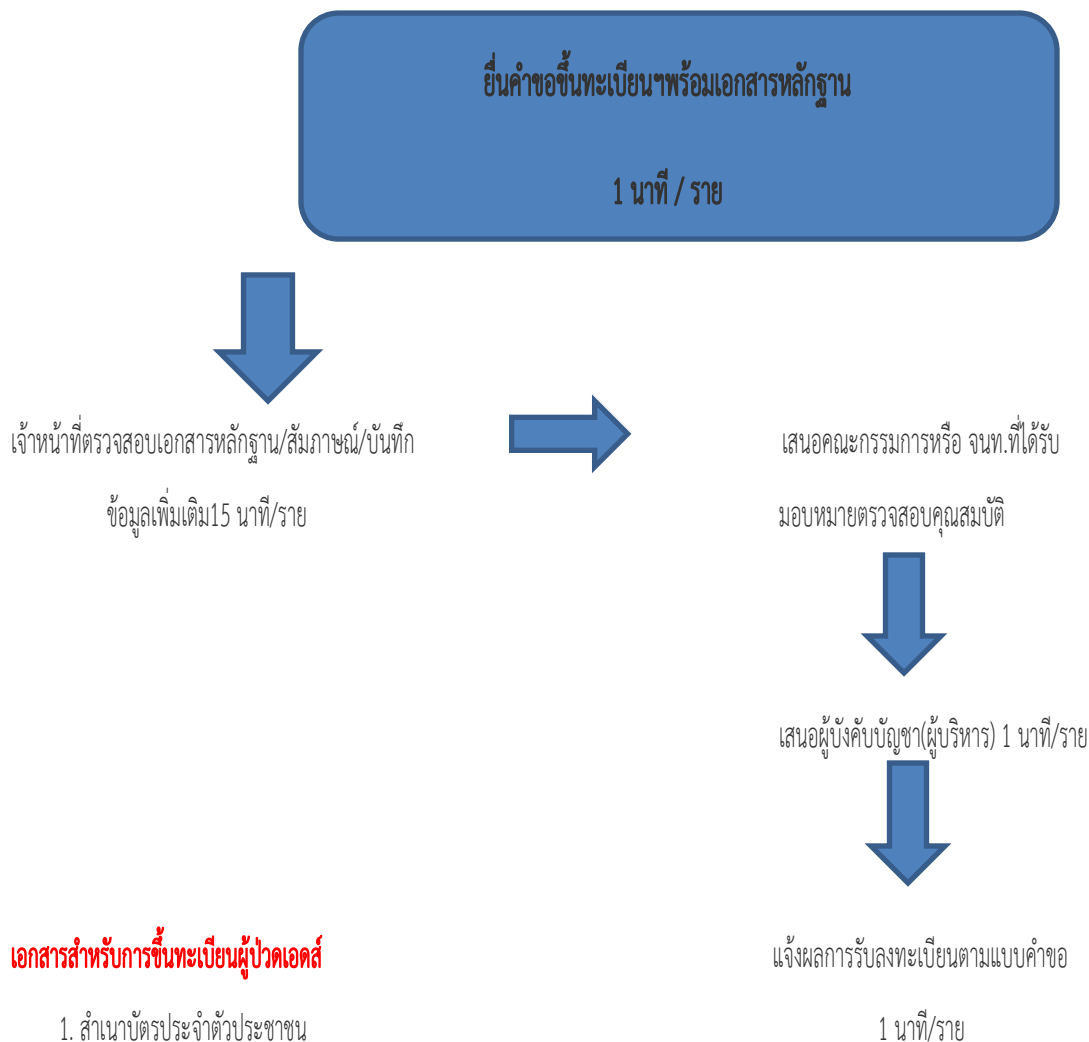
**\*\*\*เจ้าหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้งรับขึ้นทะเบียนผู้พิการ\*\*\***

**\*\*\*ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนคนพิการ เดิม 15 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 5-6 นาที/ราย\*\*\***

**หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนภายในวันที่ 1 มกราคม - 30 พฤศจิกายน ของทุกปี หรือตามระเบียบที่กำหนด**

# แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

## ( การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ )



### เอกสารสำหรับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)
4. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีโอนเข้าบัญชี)
5. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐที่ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์

**\*\*\*เจ้าหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้งรับขึ้นทะเบียนผู้เอดส์\*\*\***

**\*\*\*ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนคนพิการ เดิม 15 นาที/ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรับลด 5-6 นาที/ราย\*\*\***

หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนภายในวันที่ 1 มกราคม – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี หรือตามระเบียบที่กำหนด



## ตัวอย่างแบบฟอร์ม แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๔

### แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

เฉพาะกรณีศึกษาจนอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน: ผู้ยื่นคำขอ แยก ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวกับคนพิการ  
 ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น  บิดา- มารดา  บุตร  สามี - 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..... ต......  
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการประชาชน ที่ยื่นคำขอ  -  -

ประเภทคนพิการ  ความพิการทางการเห็น  ความพิการทางสติปัญญา  
 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย  ความพิการทางการเรียนรู้  
 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  ความพิการทางจิตใจ  
 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ.....  
 บุคคลข้างขึ้นที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ  เคยได้รับ (ถ้าเคยมีสำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่  
 เมื่อ.....

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พิการ  อื่นๆ (ระบุ).....  
 มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท  
 มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ.....

**มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)**

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ/ผู้ดูแล

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินฝากธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แยก)  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน  
 (.....) (นางสาวสาธิตี จิตธรรมค์)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ปวดเอคส์

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ปวดเอคส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....

ผู้ยื่นคำขอฯ  แจ้งด้วยตนเอง

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ปวดเอคส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ปวดเอคส์ที่ยื่นคำขอ  .....

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามเณร/ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ปวดเอคส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๓ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

**พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้**

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอคส์ จริง

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

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

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ