



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลพนา
เรื่อง ประกาศขาดคุณสมบัติผู้สูงอายุที่จะได้รับเบี้ยยังชีพในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๔ ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ค) ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑. องค์การบริหารส่วนตำบลพนา จึงขอประกาศขาดคุณสมบัติผู้สูงอายุ และไม่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป จำนวน ๑ ราย คือ

- นางควรรคิด บั้งทอง ขาดคุณสมบัติเนื่องจากได้รับแต่งตั้งเป็น รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลพนา ตามคำสั่งที่องค์การบริหารส่วนตำบลพนา ที่ ๓๐๔ /๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

ทั้งนี้ ผู้ใดมีข้อสงสัยหรือประสงค์จะคัดค้านรายชื่อผู้สูงอายุที่ขาดคุณสมบัติที่จะได้รับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุดังกล่าวโปรดแจ้ง ได้ที่งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักปลัด ในวันและเวลาราชการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๙ ๔๖๕๓๖๔๑ ภายในระยะเวลา ๑๕ วัน หากพ้นกำหนดนี้ถือว่าไม่มีผู้ประสงค์จะคัดค้าน

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒ เดือน กันยายน ๒๕๖๕

(นายสมศักดิ์ ต้นเชื้อ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพนา



คำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลพนา

ที่ ๓๐๔/๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลพนา

ตามคำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลพนาที่ ๕๕๙/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๔ แต่งตั้งนายชิน บั้งทอง ดำรงตำแหน่ง รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลพนา คนที่ ๑ ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๔ เนื่องจาก นายชิน บั้งทอง ได้ขอลาออกจากตำแหน่ง รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลพนา และคำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลพนาที่ ๓๐๓/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ มีคำสั่งให้นายชิน บั้งทอง พ้นจากตำแหน่งรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลพนา

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕๘/๓ แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงแต่งตั้งให้ นางศรจิต บั้งทอง ดำรงตำแหน่ง รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลพนา คนที่ ๑

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

สั่ง ณ วันที่ ๑ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ).....

(นายสมศักดิ์ ต้นเชื้อ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพนา

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวณภัทรพรทิ อมรสิน)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ลำดับ ที่	เลขบัตรประจำตัว ประชาชน	ชื่อ - สกุล	เพศ	อ.ป.ท.	อำเภอ	จังหวัด	สถานะ	คุณสมบัติ			วันที่สร้าง	วันที่แก้ไข ล่าสุด	แก้ไข	จำหน่าย	ลบ
								ผู้สูงอายุ	พิการ	เอดส์					
1	3341300292549	ควร คิด บิ่ง ทอง	หญิง	องค์การ บริหาร ส่วน ตำบล พนา	พนา	อำนาจเจริญ	ขาด คุณสมบัติ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22/01/2563	02/09/2565			X

~~สำเนาถูกต้อง~~



(นางสาวณภัทรรพี อมรสิน)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ



การจำหน่ายผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ

* สาเหตุ : มีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม ย้ายที่อยู่ สละสิทธิ์ ขาดคุณสมบัติ

หมายเหตุ :

เป็นของนายก อบต. พนา

ข้อมูลส่วนตัว

* คำนำหน้า : นาย นาง นางสาว อื่นๆ เด็กชาย เด็กหญิง คุณ

* ชื่อ : ควรรคิด

* นามสกุล : บึงทอง

* เพศ : ชาย หญิง

* เลขบัตรประจำตัวประชาชน : 3 - 3413 - 00292 - 54 - 9

* วันเดือนปี เกิด : 23/10/2503

การทราบวันเกิด : ปกติ ไม่ทราบวันที่ ไม่ทราบเดือน ไม่ทราบเดือนและวันที่ [** ใช้สำหรับตรวจสอบกับทะเบียนราษฎร]

อายุ : 61 ปี ** คำนวณถึงวันที่ 1 กันยายน ของปีงบประมาณ

* สถานภาพ : สมรส

* เบอร์โทรศัพท์ :

* รายได้ต่อเดือน : 0 - 5,000 บาท * อาชีพ : ไม่มีอาชีพ มีอาชีพ ระบุ : รับจ้างทั่วไป

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

* บ้านเลขที่ : 106

หมู่ : 5

ชุมชน :

อาคาร :

ชอย :

ถนน :

* ตำบล : พนา * อำเภอ : พนา * จังหวัด : อำนาจเจริญ

* รหัสไปรษณีย์ : 37180

ที่อยู่ติดต่อได้

 เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ** กรณีที่เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ไม่ต้องกรอก

บ้านเลขที่ :

หมู่ :

ชุมชน :

อาคาร :

ชอย :

ถนน : **ตำบล :**

อำเภอ : **จังหวัด :**

รหัสไปรษณีย์ :

ประเภทของผู้มีสิทธิ

*** ประเภทของผู้มีสิทธิ :** **** สามารถเลือกได้มากกว่าหนึ่งคุณสมบัติ**
 ผู้สูงอายุ พิการ ป่วยโรคเอดส์

*** ประเภทของงบประมาณ :**

*** วันที่รับลงทะเบียน :**

คุณสมบัติ

อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ถูกทอดทิ้ง
ข้อมูลทั่วไป ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ
 ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

คุณสมบัติผู้พิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
 ความพิการทางการเคลื่อนไหว ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการเรียนรู้
 ความพิการทางออกซีสติก พิการซ้ำซ้อน (พิการมากกว่า 1 ประเภท)
 ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเองได้

*** วันที่จดทะเบียนความพิการ :** **วันหมดอายุบัตรคนพิการ :**

คุณสมบัติผู้ป่วยเอดส์ แพทย์ได้รับการรับรองและวินิจฉัยแล้ว

การรับ-จ่ายเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ
*** ได้รับ**
เบี้ยยังชีพ
ตั้งแต่ :

*** วิธี**
ขอรับ
เงิน :

รับเงินสดด้วยตนเอง
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
 รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ผู้รับ
มอบ
อำนาจ :

จำนวน **เลขบัตร**
ชื่อ : **ประชาชน :**
ชื่อ : **นามสกุล :**
ความสัมพันธ์ : **เบอร์ติดต่อ :**

บัญชีธนาคาร: สาขา:
 เงินฝาก: เลขที่บัญชี: ชื่อ:
 บัญชี:

ผู้พิการ
 * วันที่รับเงินของคนที่พิการ :
 * วิธีขอรับเงิน :
 รับเงินสดด้วยตนเอง
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
 รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ผู้ดูแล/ผู้รับมอบอำนาจ:
 คำน่าชื่อ: เลขบัตรประชาชน:
 ชื่อ: นามสกุล:
 ความสัมพันธ์: เบอร์ติดต่อ:

บัญชีธนาคาร: สาขา:
 เงินฝาก: เลขที่บัญชี: ชื่อ:
 บัญชี:

ผู้ป่วยเอดส์
 * วันที่รับเงินของผู้ป่วยเอดส์ :
 * วิธีขอรับเงิน :
 รับเงินสดด้วยตนเอง
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
 รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ผู้รับมอบอำนาจ:
 คำน่าชื่อ: เลขบัตรประชาชน:
 ชื่อ: นามสกุล:
 ความสัมพันธ์: เบอร์ติดต่อ:

บัญชีธนาคาร: สาขา:
 เงินฝาก: เลขที่บัญชี: ชื่อ:
 บัญชี:

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพ : 600.00 บาท/เดือน

ประสงค์บริจาคนิยามยังชีพผู้สูงอายุ :

ระงับการจ่ายเงิน : ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์

หมายเหตุ :