

สำนักงาน ก.บ.บ.



ที่ ขย ๘๐๓๐๕/ว ๘๖๐

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองโดน
ต.หนองโดน อ.จัตุรัส จ.ชัยภูมิ ๓๖๑๓๐

๓๐ กันยายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอดำเนินการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก
แรกเกิด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรียน กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองโดน ทุกท่าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักเกณฑ์และเอกสารประกอบการพิจารณาคุณสมบัติ จำนวน ๑ ฉบับ

ของผู้ได้รับสิทธิ์

๒. พังลำดับขั้นตอนการดำเนินการของผู้รับสิทธิ์ และหน่วยงาน จำนวน ๑ ฉบับ
ที่รับผิดชอบ

๓. ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลหนองโดน จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๘ เห็นชอบหลักการโครงการ
เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดยกำหนดให้จ่ายเงินแก่เด็กสัญชาติไทย ที่อยู่ในครัวเรือน
ยากจนและครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน ซึ่งเกิดระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘-๓๐ กันยายน
๒๕๕๙ โดยอุดหนุนรายละ ๔๐๐ บาทต่อคนต่อเดือนเป็นเวลา ๑ ปี และคณะกรรมการส่งเสริม
การพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.) ได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๒๒
มิถุนายน ๒๕๕๘ เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด โดย
มอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และ
กระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) ร่วมกันดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดย
ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ องค์การบริหารส่วนตำบล
หนองโดน จึงขอดำเนินการประชาสัมพันธ์จากท่านในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน ซึ่งมีคุณสมบัติที่กำหนด
ไว้ในประกาศ ยื่นคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิ์เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองโดนรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

/จึงเรียนมาเพื่อ...

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ



(นายğun พิชิตกุล)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองโดน

ส่วนสวัสดิการสังคม อบต.หนองโดน

โทรศัพท์ ๐-๔๔๘๗-๕๐๒๑ ต่อ ๑๗ , โทรสาร ๐-๔๔๘๗-๕๐๒๑ ต่อ ๑๑

ลายมือชื่อผู้รับหนังสือ

- หมู่ที่ 1.....หมู่ที่ 7.....
- หมู่ที่ 2.....หมู่ที่ 8.....
- หมู่ที่ 3.....หมู่ที่ 9.....
- หมู่ที่ 4.....หมู่ที่ 10.....
- หมู่ที่ 5.....หมู่ที่ 11.....
- หมู่ที่ 6.....หมู่ที่ 12.....

| |
|------------|
| ร่าง..... |
| พิมพ์..... |
| ทาน..... |
| ๓๓๖..... |

หลักเกณฑ์และเอกสารประกอบการพิจารณาคุณสมบัติของผู้ได้รับสิทธิ

- อพม. อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อปท. โรงพยาบาล ฯลฯ ค้นหากลุ่มเป้าหมาย (เด็กแรกเกิด และ หญิงตั้งครรภ์) ที่มีคุณสมบัติในพื้นที่ เพื่อแนะนำให้เข้าร่วมโครงการ หรือไปฝากครรภ์เพื่อเข้าร่วมโครงการ
- เด็กแรกเกิด หรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติที่ฝากครรภ์แล้ว ยื่นลงทะเบียนด้วยตนเองที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามถิ่นที่อยู่ของผู้มีสิทธิ (ณ สำนักงานเขตในกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา หรือเทศบาล หรือ อบต.)

คุณสมบัติ

1. เด็กแรกเกิด : 1.1 เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559
1.2 มีสัญชาติไทย (บิดาและมารดา หรือบิดา หรือมารดา เป็นผู้มีสัญชาติไทย)
1.3 ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใด จากหน่วยงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ ได้แก่ เงินสงเคราะห์บุตร จากกองทุนประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และไม่อยู่ในความดูแลของหน่วยงานของรัฐ เช่น บ้านพักเด็กและครอบครัว สถานสงเคราะห์ของรัฐ
2. หญิงตั้งครรภ์ : 2.1 มีกำหนดคลอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559
2.2 อยู่ในครัวเรือนยากจนและครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน

ครัวเรือนยากจนและครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจน หมายถึง ครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อคน ต่อเดือน หรือต่ำกว่า 36,000 บาท ต่อคน ต่อปี โดยนำรายได้ทั้งหมดของสมาชิกในครัวเรือน หักด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดซึ่งรวมเด็กแรกเกิดด้วย หากพบว่า เข้าเกณฑ์ครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อคน ต่อเดือน หรือต่ำกว่า 36,000 บาท ต่อคน ต่อปี ให้พิจารณาข้อมูลสถานะของครัวเรือนประกอบด้วย โดยต้องมีข้อเท็จจริงข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 1) ครอบครัวยังมีภาระพึ่งพิง ได้แก่ ในครอบครัวมีคนพิการ หรือผู้สูงอายุ หรือเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือคนว่างงาน อายุ 15 - 65 ปี หรือเป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว
- 2) สภาพที่อยู่อาศัย สภาพบ้านชำรุดทรุดโทรม บ้านทำจากวัสดุพื้นบ้าน เช่น ไม้ไผ่ ใบจาก หรือวัสดุเหลือใช้ หรืออยู่บ้านเช่า
- 3) ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล รถปิกอัพ รถบรรทุกเล็ก รถตู้
- 4) เป็นเกษตรกรที่มีที่ดินทำกินไม่เกิน 1 ไร่

การรับรองความยากจนในแบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.02) ต้องมีผู้รับรอง 2 คน ดังนี้

- ผู้รับรองคนที่ 1** - กรุงเทพมหานคร : ประธานกรรมการชุมชน หรือหัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมประจำสำนักงานเขต
- เมืองพัทยา : ประธานชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขเมืองพัทยา
- เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล : อพม. หรือ อสม.
- บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือ สถานสงเคราะห์ของรัฐ : เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือ เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์
- ผู้รับรองคนที่ 2** - กรุงเทพมหานคร : ผู้อำนวยการเขต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
- เมืองพัทยา : ปลัดเมืองพัทยา หรือรองปลัดเมืองพัทยาที่ได้รับมอบหมาย
- เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล : ปลัดเทศบาล หรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หรือผู้ที่ปลัดมอบหมาย หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน
- บ้านพักเด็กและครอบครัว หรือ สถานสงเคราะห์ของรัฐ : หัวหน้าบ้านพักเด็กและครอบครัว หรือ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์

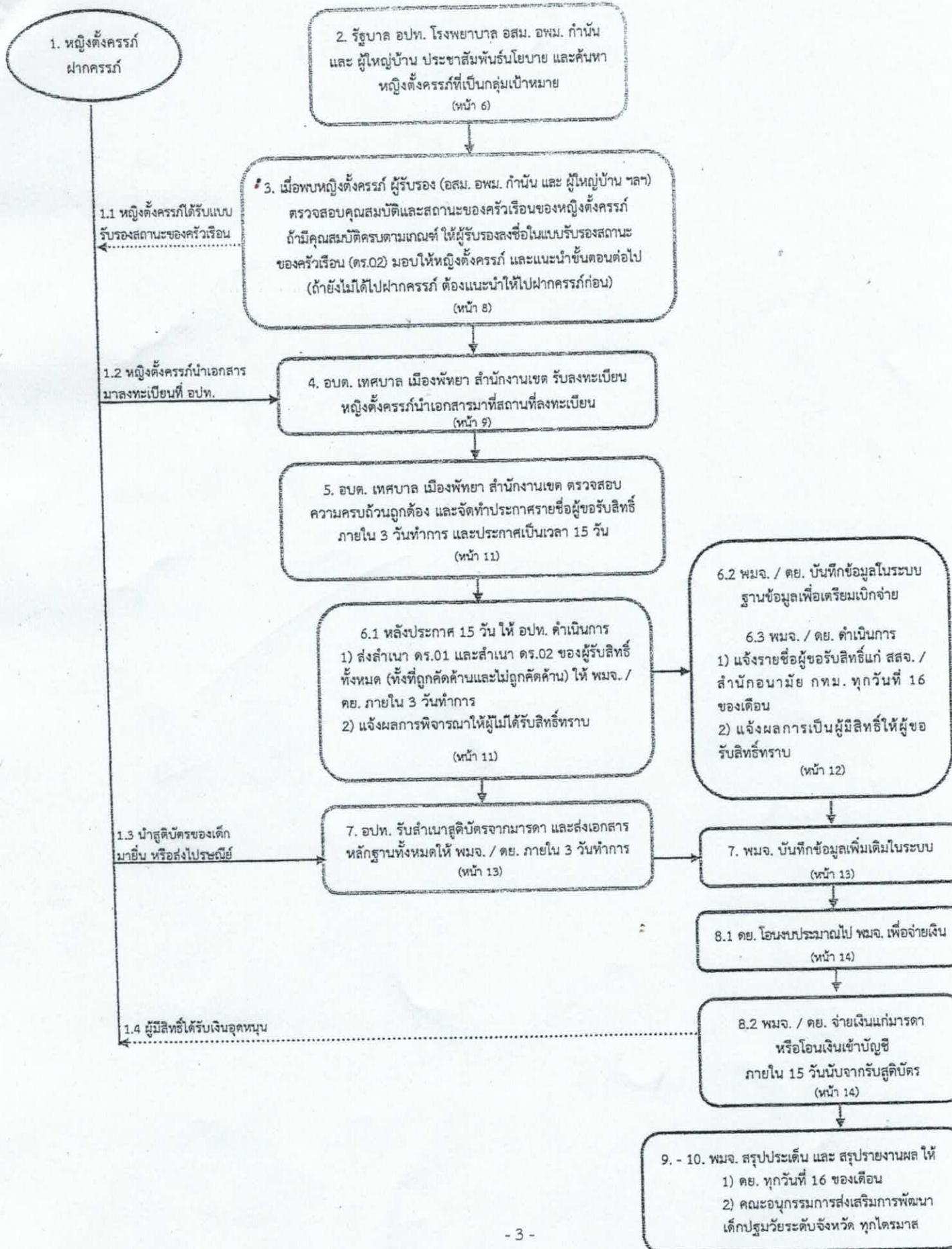
เอกสารประกอบการลงทะเบียน

1. แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิฯ (แบบ ดร.01)
2. แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (แบบ ดร.02) ที่ได้รับการรับรองแล้ว
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของหญิงตั้งครรภ์ หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐพร้อมสำเนา
4. สำเนาเอกสารการฝากครรภ์ หรือ สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หน้า 1
5. สำเนาสูติบัตรเด็กแรกเกิด (ยื่นหลังคลอด)
6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย (กรณีประสงค์จะรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)

* ช่องทางการร้องเรียน

- 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)
- 2) กรมกิจการเด็กและเยาวชน โทร. 0 2255 5850 ต่อ 149, 192 หรือ 0 2651 6532
- 3) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
- 4) ศูนย์ช่วยเหลือสังคม OSCC โทร. 1300 ตลอด 24 ชั่วโมง
- 5) ศูนย์ดำรงธรรม โทร. 1567

ผังลำดับขั้นตอนการดำเนินการของผู้ขอรับสิทธิ และหน่วยงานที่รับผิดชอบ





แบบ คร.02

แบบรับรองสถานะของครัวเรือน

เขียนที่.....

ผู้รับรองคนที่ 1 ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
สังกัดหน่วยงาน.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ผู้รับรองคนที่ 2 ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
สังกัดหน่วยงาน.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ออกให้โดย.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า (นาง/นางสาว).....เป็นหญิงตั้งครรภ์/มารดา ที่อยู่ในครัวเรือนยากจน
และครัวเรือนที่เสี่ยงต่อความยากจนจริง มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อคน ต่อเดือน หรือ 36,000 บาท ต่อคน ต่อปี (รายได้รวมของสมาชิก
ทั้งหมดในครัวเรือน หารด้วยจำนวนสมาชิกทั้งหมดของครัวเรือนซึ่งรวมเด็กแรกเกิดด้วย)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 1 (ลงชื่อ).....ผู้รับรองคนที่ 2

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

| ผู้รับรองคนที่ 1 | ผู้รับรองคนที่ 2 | ข้อมูลสถานะครัวเรือน |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - กรุงเทพมหานคร : ประธานกรรมการชุมชน หรือหัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมประจำสำนักงานเขต - เมืองพัทยา : ประธานชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขเมืองพัทยา - เทศบาล/อบต. : อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)/อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) - บ้านพักเด็กและครอบครัว / สถานสงเคราะห์ของรัฐ : เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัว / เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ | <ul style="list-style-type: none"> - กรุงเทพมหานคร : ผู้อำนวยการเขต หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย - เมืองพัทยา : ปลัดเมืองพัทยา หรือรองปลัดเมืองพัทยาที่ได้รับมอบหมาย - เทศบาล/อบต. : กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือปลัด อบต. หรือปลัดเทศบาล - บ้านพักเด็กและครอบครัว / สถานสงเคราะห์ของรัฐ : หัวหน้าบ้านพักเด็กและครอบครัว / ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ครอบครัวมีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ในครอบครัวมีคนพิการ หรือผู้สูงอายุ หรือเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือคนว่างงาน อายุ 15 - 65 ปี หรือเป็นพ่อ/แม่เลี้ยงเดี่ยว <input type="checkbox"/> สภาพบ้านชำรุดทรุดโทรม ทำจากวัสดุพื้นบ้าน เช่น ไม้ไผ่ ใบบาง หรือวัสดุเหลือใช้ หรืออยู่บ้านเช่า <input type="checkbox"/> ไม่มีรถยนต์ส่วนบุคคล รถปิกอัพ รถบรรทุกเล็ก รถตู้ <input type="checkbox"/> เป็นเกษตรกรมีที่ดินทำกินไม่เกิน 1 ไร่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... <p>หมายเหตุ ต้องมีข้อมูลประกอบสถานะครัวเรือนอย่างน้อย 1 ข้อ</p> |

การปิดประกาศ

ได้ปิดประกาศ 15 วันแล้วตามประกาศ.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ไม่มีผู้คัดค้าน

มีผู้คัดค้าน เนื่องจาก.....

กรณีมีผู้คัดค้านได้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้วพบว่า.....

ผลการพิจารณา

มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

ไม่มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ / /



แบบ คร.01

แบบลงทะเบียนเพื่อขอรับสิทธิเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
(เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 กันยายน 2559)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์/มารดา (ผู้ลงทะเบียน)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี

วัน เดือน ปีเกิด..... อาชีพ.....

เลขประจำตัวประชาชน

วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ลงทะเบียนระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์..... สัปดาห์ กำหนดคลอดบุตร เดือน..... ปี พ.ศ.....

จำนวนทารกในครรภ์..... สถานที่ฝากครรภ์.....

ลงทะเบียนหลังคลอด วัน/เดือน/ปีเกิด ของเด็ก..... อายุ..... เดือน.....

ยื่นเอกสารหลักฐานประกอบการลงทะเบียน ดังนี้

- แบบรับรองสถานะของครัวเรือน (ดร.02)
- สำเนาบัตรประชาชนของหญิงตั้งครรภ์/มารดา
- สำเนาเอกสารการฝากครรภ์ / สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หน้า 1
- สำเนาสูติบัตรเด็ก 1 ฉบับ (ยื่นหลังจากคลอดบุตรแล้ว)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอรับเงิน (เลือกเพียงข้อเดียว) ดังนี้

รับเงินสดด้วยตนเอง ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือกรมกิจการเด็กและเยาวชน

รับเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี..... สาขา.....

ชื่อบัญชี..... ประเภทบัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความ และเอกสารที่ได้อื่นนี้เป็นความจริงทุกประการ และไม่เป็นผู้ได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์บุตร จากกองทุนประกันสังคม หรือสวัสดิการข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ และไม่อยู่ในความดูแลของหน่วยงานของรัฐ เช่น สถานสงเคราะห์ หรือบ้านพักเด็กและครอบครัว รวมทั้งข้าพเจ้าไม่เคยได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดรายนี้มาก่อน หากข้อความ และเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย และข้าพเจ้ายินดีรับข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ของแม่และเด็ก ผ่านช่องทางต่าง ๆ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับสิทธิ์

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึก

ข้อมูลการเกิดของเด็ก (บันทึกภายหลังเมื่อเด็กเกิดแล้ว)

ชื่อ-นามสกุล (ค.ช./ค.ญ.)

วัน เดือน ปีเกิด

เลขประจำตัวประชาชน

ตามใบสูติบัตรเลขที่.....ออกให้โดย.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คลอด ณ

ผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วง 0-1 ปี

มารดาเลี้ยงดูเด็กเอง

ให้ผู้อื่นเลี้ยงดู ชื่อ-สกุล (ระบุ).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ของเด็ก

อยู่ที่เดียวกับมารดา

ไม่ได้อยู่กับมารดา (ระบุที่อยู่)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

(ลงชื่อ)ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึก

ข้อมูลการเกิดของเด็ก (บันทึกภายหลังเมื่อเด็กเกิดแล้ว)

ชื่อ-นามสกุล (ค.ช./ค.ญ.)

วัน เดือน ปีเกิด

เลขประจำตัวประชาชน

ตามใบสูติบัตรเลขที่.....ออกให้โดย.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คลอด ณ

ผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วง 0-1 ปี

มารดาเลี้ยงดูเด็กเอง

ให้ผู้อื่นเลี้ยงดู ชื่อ-สกุล (ระบุ).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ของเด็ก

อยู่ที่เดียวกับมารดา

ไม่ได้อยู่กับมารดา (ระบุที่อยู่)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

(ลงชื่อ)ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....