



องค์การบริหารส่วนตำบลบางพลอง

Bang Phluang Subdistrict Administrative Organization

หน้าแรก

ภาษา

เข้าสู่ระบบ

ติดต่อ



ขนาดอักษร

สมัครสมาชิก

ข้อมูลพื้นฐาน



บุคลากร



ผลการดำเนินงาน



อำนาจหน้าที่



แผนพัฒนาท้องถิ่น



กฎหมาย
และกฎระเบียบ



สำหรับ
ประชาชน



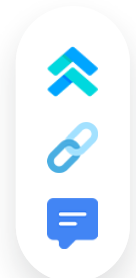
องค์การบริหาร
ส่วนตำบลบางพลอง
Facebook



E - LIBRARY
(ห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์)
องค์การบริหาร
ส่วนตำบลบางพลอง



มาเป็นเพื่อน
กับเราที่นี่
@bangpluang



E-Service
One Stop Service
บริการยื่นคำร้องออนไลน์เพื่อประชาชน



แสดงความคิดเห็น
อยากให้อบต.บางพลองเร่งแก้ปัญหาเรื่องใด





องค์การบริหารส่วนตำบลบางพลอง Bang Phluang Subdistrict Administrative Organization

หน้าแรก

ภาษา

เข้าสู่ระบบ

ติดต่อ



ขนาดอักษร

สมัครสมาชิก

ข้อมูลพื้นฐาน



บุคลากร



ผลการดำเนินงาน



อำนาจหน้าที่



แผนพัฒนาท้องถิ่น



กฎหมาย
และกฎระเบียบ



สำหรับ
ประชาชน



วิสัยทัศน์

บางพลองเมืองน่าอยู่ มุ่งสู่เกษตรกรรมก้าวหน้า นำพารัฐมภิปัญญาท้องถิ่น บนพื้น



ค้นหา...

E-Service

คำร้องทั่วไป

แบบยืนยันเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ [คู่มือการใช้งาน E-Service](#)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ (ผู้ป่วยเอดส์)

แบบคำร้องใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ





ฟอร์มส่งคำร้องทั่วไป

วันที่ *

เรื่อง *

สิ่งที่ส่งมาด้วย*

คำนำหน้า

ชื่อ - นามสกุล *

อายุ (ปี) *

บ้านเลขที่*

หมู่บ้าน

ตำบล *

อำเภอ *

จังหวัด *

เบอร์ติดต่อ *

เรื่องร้องเรียนต่อองค์การบริหารส่วนตำบลคลองอุดมชลจร กรณี*

ข้าพเจ้าขอความอนุเคราะห์ให้องค์การบริหารส่วนตำบลคลองอุดมชลจร ดำเนินการ*

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในเรื่องฯ ดังกล่าว จะขอบคุณยิ่ง

แนบไฟล์บัตรประชาชน *

เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
-----------	-------------------

แนบไฟล์เพิ่มเติม

เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
-----------	-------------------

ประเภทไฟล์ที่รองรับ: jpg, jpeg, png, pdf (ขนาดไม่เกิน 10MB)



แบบยืนยันเบี่ยยังชีพผู้สูงอายุ

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่:

คำนำหน้า :

เลือกคำ

ชื่อ: *

นามสกุล: *

วันเกิดที่ (กรอก
วันที่เกิด) *

เดือน (เลือก
เดือนเกิด) *

มกราคม

ปี (กรอกปีที่เกิด
เป็น พ.ศ.) *

อายุ: *

สัญชาติ: *

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน: *

หมู่:

ชุมชน:

ชอย:

ถนน:

ตำบล: *

อำเภอ: *

จังหวัด: *

รหัสไปรษณีย์: *

โทรศัพท์: *

เลขบัตรประชาชน: *

สถานภาพการสมรส:

โสด

รายได้ต่อเดือน:

อาชีพ:

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ได้รับเงินเบี้ยความพิการ
- ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง
- รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ประเภทเอกสารที่แนบ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- หนังสือมอบอำนาจ
- บัญชีเงินฝากธนาคาร

แนบไฟล์บัตรประชาชน *

เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
-----------	-------------------

แนบไฟล์ เอกสาร (สามารถกดแนบไฟล์พร้อมกันได้มากกว่า 1ไฟล์)

เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
-----------	-------------------

ประเภทไฟล์ที่รองรับ: jpg, jpeg, png, pdf (ขนาดไม่เกิน 2MB)

ส่งฟอร์มข้อมูล



แบบคำขอรับการสงเคราะห์ (ผู้ป่วยเอดส์)

ข้อมูลผู้ขอรับการสงเคราะห์

เขียนที่

ชื่อนำหน้า

ชื่อ *

นามสกุล *

เลือกค่า

วันเกิดที่ (กรอกวันที่เกิด) *

เดือน (เลือกเดือนเกิด) *

ปี (กรอกปีที่เกิดเป็น พ.ศ.) *

มกราคม

วันเกิดตามปฏิทินสากล

คือ

อายุ *

สัญชาติ *

บ้านเลขที่ *

หมู่

ชุมชน

ซอย

ถนน

ตำบล *

อำเภอ *

จังหวัด *

รหัสไปรษณีย์ *

หมายเลขโทรศัพท์ *

เลขบัตรประชาชน *



1. ที่พักอาศัย

- เป็นของตนเอง และมีลักษณะ
- ขำรดทรดโทรม
- ขำรดทรดโทรมบางส่วน
- มั่นคงถาวร
- เป็นของ

กรุณาระบุรายละเอียด

เกี่ยวข้องเป็น

กรุณาระบุรายละเอียด

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง

กรุณาระบุระยะทาง

สามารถเดินทางได้

- สะดวก
- ลำบาก

เนื่องจาก

กรุณาระบุเหตุผลผลการลำบาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง

กรุณาระบุระยะทาง

สามารถเดินทางได้

- สะดวก
- ลำบาก

เนื่องจาก

กรณีระบบเหตุการณ์ล่าช้า

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง

กรณีระยะทาง

สามารถเดินทางได้

- สะดวก
 ล่าช้า

เนื่องจาก

กรณีระบบเหตุการณ์ล่าช้า

3. ที่พักอาศัย

- อยู่เพียงลำพัง

เนื่องจาก

กรณีระบบเหตุผล

มาประมาณ

กรณีระบบระยะเวลา

- อาศัยอยู่กับ

กรณีระบบรายละเอียด

จำนวนคนที่อาศัยอยู่ด้วย

เป็นผู้สามารถประกอบ
อาชีพได้จำนวน

มีรายได้รวม

ผู้ที่ไม่สามารถประกอบ
อาชีพได้เนื่องจาก

4. รายได้ – รายจ่าย

รายได้รวม (บาท/เดือน)

แหล่งรายได้

ใช้จ่ายสำหรับ

5. ข้อมูลการติดต่อ

ชื่อผู้ติดต่อ *

หมายเลขที่อยู่ *

ถนน

ซอย

หมู่บ้าน

ตำบล *

อำเภอ *

จังหวัด *

รหัสไปรษณีย์ *

หมายเลขโทรศัพท์ *

หมายเลขแฟกซ์

ผู้เกี่ยวข้องในฐานะ *

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

แนบไฟล์บัตรประชาชน *

เลือกไฟล์

ไม่ได้เลือกไฟล์ใด

แนบไฟล์

เลือกไฟล์	ไม่ได้เลือกไฟล์ใด
-----------	-------------------

ประเภทไฟล์ที่รองรับ: jpg, jpeg, png, pdf (ขนาดไม่เกิน 2MB)

ส่งฟอร์มข้อมูล

Copyright © บริษัท So Smart Solution สงวนลิขสิทธิ์ 2025