

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักปลัด งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลกุดแห่

ขอบเขตการให้บริการ

งานที่ให้บริการ : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

สถานที่หรือช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด งานพัฒนาชุมชน เทศบาลตำบลกุดแห่ อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ๓๕๑๒๐
โทรศัพท์ ๐-๔๕๕๘๔๖๕๒

วัน เวลาที่ให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.
และ ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

ผู้ประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอได้ตลอดทั้งปีงบประมาณ

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลานาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง ได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและได้รับการวินิจฉัยแล้ว หนังสือรับรองแพทย์ต้องระบุเป็นผู้ป่วยเอดส์ เท่านั้น

๒. มีภูมิลานาอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ที่ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์ รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามวินัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ขั้นตอนและระยะเวลาในการพิจารณา

ขั้นตอน	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. รับคำร้อง	๕ นาที	สำนักปลัด (งานพัฒนาชุมชน)
๒. ตรวจสอบเอกสาร	๕ นาที	สำนักปลัด (งานพัฒนาชุมชน)
๓. พนักงานเจ้าหน้าที่ทำบันทึกเสนอ นายกเทศมนตรีตำบล..... เพื่อพิจารณาอนุมัติ	๑๐ นาที	สำนักปลัด (งานพัฒนาชุมชน)

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๒๐ นาที

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

เอกสารหรือหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

เอกสารหลักฐานประกอบคำขอลงทะเบียนการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

- | | |
|--|-------------|
| ๑. ใบรับรองแพทย์ที่แสดงว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์พร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. สมุดบัญชีธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๖. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) | จำนวน ๑ ชุด |

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการร้องเรียน

ศูนย์บริการประชาชนเทศบาลตำบลภูพาน (สำนักปลัด) เทศบาลตำบลภูพาน อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ๓๕๑๒๐ โทรศัพท์ ๐-๔๕๕๘-๔๖๕๒

ตัวอย่างแบบฟอร์มและการกรอกข้อมูล

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจาปีงบประมาณ พ.ศ.....

ผู้ยื่นคำขอ ☐ แจ้งด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....

กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

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.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ.....

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

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจาปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบ

อำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณีผู้ยื่นคำขอ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ แล้ว

☐ เป็นผู้มิสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลกุตแท้

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่นๆ

.....
.....

(.....)

นายกเทศมนตรีตำบลกุตแท้

..... / /

หนังสือมอบอำนาจ

ทำที่ที่
วันที่.....เดือน พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
เลขที่.....ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่
บ้านเลขที่.....หมู่ที่ แขวง / ตำบลเขต / อำเภอ
จังหวัด

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
บ้านเลขที่.....หมู่ที่ แขวง / ตำบลเขต / อำเภอ
จังหวัด

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

