

คู่มือสำหรับประชาชน เรื่องการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานที่ให้บริการ	การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานปลัดฯ เทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปา

หลักเกณฑ์

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
4. ได้รับการรับรองและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์
ต้องวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์แล้วเท่านั้น หากแต่เป็นผู้ติดเชื้อHIV จะยังไม่ถือว่าเป็นสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ตามระเบียบนี้

วิธีการ

ผู้ที่ประสงค์ที่จะรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำขอตามแบบฟอร์มพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปาในวันและเวลาราชการ สามารถยื่นคำขอด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการได้

เอกสารหลักฐานที่ใช้สำหรับการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา



3. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา



4.สมุดเงินฝากบัญชีธนาคารพร้อมสำเนา



กรณีผู้ป่วยไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคาร สามารถใช้สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้อื่นได้ โดยเซ็นหนังสือมอบอำนาจมาให้พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทำการยื่นเอกสารให้กับทางเทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปาจะดำเนินการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่ามีคุณสมบัติในการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วทางเทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปานำรายชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติ หลังจากผู้บริหารท้องถิ่นทำการอนุมัติและผู้ป่วยได้ทำ การขึ้นทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้ป่วยจะมีสิทธิ์ได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เป็นจำนวนเงิน 500 บาทต่อเดือน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบในการยื่นคำขอ

- 1.ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง จำนวน 1 ชุด
- 2.บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย จำนวน 1 ชุด
- 3.ทะเบียนบ้านของผู้ป่วย จำนวน 1 ชุด
- 4.บัญชีธนาคารของผู้ป่วยหรือผู้รับมอบอำนาจในการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ธนาคารใดก็ได้ จำนวน 1 ชุด
- 5.หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณีที่ประสงค์ให้บุคคลอื่นรับเงินสงเคราะห์ฯแทน) จำนวน 1 ชุด

ขั้นตอนรับลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้พิการที่ประสงค์จะขอ ลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพ คนพิการในพึงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐานและ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานให้เรียบร้อย	2 นาที	สำนักงานปลัดฯ เทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปา	
2.	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	2 นาที	สำนักงานปลัดฯ เทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปา	
3.	ออกสำรวจ	ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์ขอรับการสงเคราะห์	2 นาที	สำนักงานปลัดฯ เทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปา	
4.	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อม เอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	2 นาที	สำนักงานปลัดฯ เทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปา	
5.	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	2 นาที	สำนักงานปลัดฯ เทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปา	

****ระยะเวลาดำเนินการรวม 10 นาที****

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						
ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานปลัดฯ เทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปา	วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08:30-16:30 น. (ยกเว้นวันหยุดราชการ)

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการร้องเรียน

1. ช่องทางการร้องเรียน (เทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปา)
2. ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดเทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปา

หมายเหตุ (เทศบาลตำบลพังโคนศรีจำปา เลขที่ 100 หมู่ 10 ถนนพังโคน-วาริชภูมิ อ.พังโคน จ.สกลนคร)

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ดำเนินการโดยอาศัยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงิน สงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 และตามหนังสือสั่งการของกระทรวงมหาดไทย

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....ถนน.....
ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
..... ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง
.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก

เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับรวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่
สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ เงิน
สงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลทางพระ.....

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลข
ประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน
ข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)