

คู่มือสำหรับประชาชน



การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่

อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะรับการสงเคราะห์ ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่ (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแนบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะดำเนินการก็ได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์ รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่

๒.กระบวนการ/ขั้นตอน และระยะเวลาการให้บริการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา
๑	<p>ยื่นเอกสาร</p> <p>๑. ใบรับรองแพทย์ คำวินิจฉัยว่าเป็น โรคนอตส์</p> <p>๒. บัตรประจำตัวประชาชน</p> <p>๓. ทะเบียนบ้าน (ปัจจุบัน) พร้อมสำเนา</p> <p>๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา</p> <p>๕. ใบมอบอำนาจ กรณียื่นคำขอแทนหรือมอบอำนาจให้เป็นผู้รับมอบอำนาจรับเงินเบี้ยยังชีพ</p> <p>๖. บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)</p> <p>๗. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)</p>	๑๕ นาที
๒	<p>การตรวจสอบเอกสาร</p> <p>ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมีความสมบูรณ์และเอกสารครบถ้วน</p>	๕ นาที
๓	<p>การพิจารณา</p> <p>ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ยื่นความประสงค์</p>	๕ นาที
๔	<p>การพิจารณา</p> <p>ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์</p>	๓ วัน
๔	<p>การพิจารณา</p> <p>จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหาร</p>	๒ วัน
๖	<p>การพิจารณา</p> <p>ผู้บริหารพิจารณาอนุมัติ</p>	๕ วัน

๓. เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|--|--------------|
| ๑. ใบรับรองแพทย์ คำวินิจฉัยว่าเป็น โรคนอตส์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารสำเนา สำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ผ่านธนาคาร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. ใบมอบอำนาจในกรณีความจำเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้
อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการแทนได้ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๖. บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๗. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | จำนวน ๑ ฉบับ |

๔. สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สถานที่บริการ : งานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่

เปิดให้บริการ : วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

โทรศัพท์ : ๐๔๓ – ๓๐๖๙๕๑

เว็บไซต์ : <http://www.tambonbuayai.go.th>

๕. ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

๖. ช่องทางการติดต่อ/ร้องเรียน

สถานที่ : องค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่

โทรศัพท์ : ๐๔๓ – ๓๐๖๙๕๑

๗. ระเบียบ/ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ องค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอ
ลงทะเบียน ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับ
มอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่
.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง ... บัวใหญ่ ...อำเภอ/เขต ... น้ำพอง ... จังหวัด ... ขอนแก่น ... รหัสไปรษณีย์ ๔๐๑๔๐

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับเงินสวัสดิการภาครัฐ

ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ได้รับเงินเบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ เกี่ยวข้องเป็น.....

ธนาคาร..... สาขา.....

บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็น โรคเอดส์

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนากฎบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ และผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่

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.....

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

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 นายองค์การบริหารส่วนตำบลบัวใหญ่

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มี
สิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ
เพื่อการรับเบี้ยความพิการ เบี้ยความพิการ และเบี้ยผู้ป่วยเอดส์

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล..... **บ้านใหญ่**.....
เขต/อำเภอ.....**น้ำพอง**..... จังหวัด..... **ขอนแก่น**.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่..... อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
เกี่ยวพันเป็น เพื่อดำเนินการ

- () ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยความพิการ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
() เป็นผู้มีอำนาจในการ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รับเงินเบี้ยความพิการ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
เกี่ยวข้องเป็น

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ
 สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
 สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว”

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)