

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลหนองบัววง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์ มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวิจัยแล้ว

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือ ถูกทอดทิ้งหรือขาด ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน

วิธีการ

(๑) ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ.ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

(๒) ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

(๓) กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคมเทศบาลตำบลหนองบัววง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา โทรศัพท์ /โทรสาร ๐๔๔-๙๖๔๐๓๐	วันจันทร์ - วันศุกร์ที่ ๑๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการ ๑๒ นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑.	กรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ใน ปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจ กรอกข้อมูล ยื่นคำ พร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอ ลงทะเบียน และเอกสารประกอบ	๗ นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลหนองบัววง
๒.	การพิจารณา ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียน ให้ผู้ลงทะเบียน	๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลหนองบัววง
๓.	การพิจารณา ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติ	๓ วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลหนองบัววง

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับที่	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑.	บัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำร้อง ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๑ ชุด	
๒.	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๑ ชุด	
๓.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพประสงค์ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๑ ชุด	
๔.	ใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันว่าป่วยโรคเอดส์ ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๑ ชุด	

ลำดับที่	ข้อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๕.	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อม สำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๑ ชุด	
๖.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้มอบอำนาจมีความ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านบัญชีผู้รับมอบอำนาจ) ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๑ ชุด	

ค่าธรรมเนียม

ลำดับที่	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท/ร้อยละ)
	ไม่มีค่าธรรมเนียม	

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับที่	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ
๑.	เทศบาลตำบลหนองบัววง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา โทรศัพท์ / โทรสาร ๐๔๔-๙๖๔๐๓๐ เว็บไซต์ www.nongbuawong.go.th
๒.	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐ สายด่วน ๑๑๑ / www.๑๑๑.go.th

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับที่	ชื่อแบบฟอร์ม
๑.	แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยผู้ป่วยโรคเอดส์

ทะเบียนประวัติผู้ติดเชื้อเอดส์

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....เพศ..... อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
๒. ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
๓. สถานภาพการสมรส
() โสด () สมรสอยู่ด้วยกัน () สมรสแยกกันอยู่
() หม้ายหย่าร้าง () หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต
๔. จำนวนบุตร..... คน มีชีวิต..... คน
๕. บัตรประชาชน () มี เลขที่บัตร..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....
() ไม่มี เพราะ.....
๖. ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอดส์มากที่สุด ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....
๗. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมฯต้น..... () ประถมฯปลาย.....
() มัธยมฯต้น () มัธยมฯปลาย..... () อื่นๆ.....
๘. การประกอบอาชีพ () มีอาชีพ ระบุ..... รายได้เฉลี่ย/เดือน.....บาท
() ไม่มีอาชีพ เพราะ.....
๙. การพักอาศัย
() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก..... มาประมาณ..... ปี
() พักอาศัยกับ.....รวม..... คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....
๑๐. การได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอดส์
() ได้รับ () รับด้วยตนเอง
() รับโดยผู้แทนชื่อ..... นามสกุล.....
เลขที่บัญชีธนาคาร.....
ธนาคาร..... สาขา.....
เกี่ยวข้องเป็น.....
๑๑. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ..... นามสกุล.....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..... เลขที่ ออกให้
ณ ออกวันที่ วันหมดอายุ
..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ
..... จังหวัด

ขอมอบอำนาจให้

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร เลขที่
ออกให้ ณ ออกวันที่ วัน
หมดอายุ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล
..... อำเภอ จังหวัด มีความเกี่ยวข้องเป็น
..... กับข้าพเจ้า

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน แล้ว

(ลงชื่อ) ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)