

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลชะแมง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
๑.สำนักงานปลัด	วันจันทร์ ถึง ศุกร์
โทร : ๐๗๔ ๘๒๙ ๘๓๕	(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
โทรสาร : ๐๗๔ ๘๒๙ ๘๓๕	ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ/การพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑.เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

๑.ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒.ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ขั้นตอน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ขั้นตอนการลงทะเบียน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑.ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ (ระยะเวลา ๑๐ นาที)	สำนักงานปลัด
๒.ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ (ระยะเวลา ๑๐ นาที)	สำนักงานปลัด

ขั้นตอนการลงทะเบียน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๓. ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์ รับการสงเคราะห์ (ระยะเวลา ๓ วัน)	สำนักงานปลัด
๔. จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา (ระยะเวลา ๒ วัน)	สำนักงานปลัด
๕. พิจารณาอนุมัติ (ระยะเวลา ๗ วัน)	สำนักงานปลัด
ระยะเวลา	
ใช้ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๓ วัน	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	จำนวนเอกสาร
๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย	๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน	๑ ชุด
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีและผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ ผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)	๑ ชุด
๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการ แทน)	๑ ฉบับ
๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	๑ ชุด
๖. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร ของผู้รับมอบอำนาจ)	๑ ชุด

ค่าธรรมเนียม

- ไม่มี -

การรับเรื่องร้องเรียน

สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลชะแมง โทร./โทรสาร.๐๗๔ ๘๒๙ ๘๓๕
หรือเว็บไซต์ <http://www.chamung.go.th>

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
แบบคำขอรับการสงเคราะห์

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

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลชะมวง

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 นายองค์การบริหารส่วนตำบลชะมวง

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มี

สิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)