



คู่มือประชาชนการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

จัดทำโดย

สำนักปลัด

องค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา

อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	องค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
1. องค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา 2. โทรศัพท์/โทรสาร 0-3721-0858	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ผู้มีคุณสมบัติได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1) มีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- 2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา (ตามทะเบียนบ้าน)
- 3) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

การเบิกจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

การเบิกจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ใช้จ่ายจากงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป สำหรับสนับสนุนการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการเบี้ยสงเคราะห์ยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รายเดือน คือ

จะได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ จำนวน 500 บาท

การสิ้นสุดการได้รับเงินสงเคราะห์

1. ถึงแก่กรรม
2. ขาดคุณสมบัติตามข้อ 6 แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์ หรือบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม(ระยะเวลา 5 นาที/ราย) 2. เจ้าหน้าที่เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา 3 นาที/ราย) 3. ขั้นตอนทำบันทึกเสนอจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา เพื่อยอนุมัติ (ระยะเวลา ไม่เกิน 1 วัน ต่อ ราย)	องค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา

กรณีขึ้นทะเบียนด้วยตัวเอง ใช้เอกสารดังนี้

1. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขานาดี หรือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด มหาชน ทุกสาขา ชื่อบัญชีของผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ฉบับ (กรณีมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชี)

กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ใช้เอกสารดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขานาดี หรือ ธนาคารกรุงไทย จำกัด มหาชน ทุกสาขา ชื่อบัญชีของผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ฉบับ (กรณีมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชี)
4. หลักฐานการเป็นผู้อุปการะ จำนวน 1 ฉบับ
5. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้ป่วยเอดส์สามารถมอบอำนาจได้) จำนวน 1 ฉบับ

6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนา
7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

กรณีไม่ได้รับความสะดวกหรือการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ “ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา ”

โทรศัพท์ / โทรสาร : 0-3721-0858

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสำพันตา

ด้วย.....นางสาว...ลองกอง.....เลขประจำตัวประชาชน.....1-2345-67890-123.....เกิด

วันที่7..... เดือน.....ธันวาคม..... พ.ศ.....2512..... อายุ.....46.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนเลขที่.....00.....

หมู่ที่0..... ถนน-..... ซอย-.....ตำบล..สำพันตา..... อำเภอนาดี.....จังหวัด

....ปราจีนบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....25220.....ขอแจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อ

การยังชีพ () ผู้สูงอายุ () ผู้พิการ () ผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรม () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ เกี่ยวข้องเป็น

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้าน เป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....

() พักอาศัยกับ.....รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....คน

4. รายได้ – รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....

สถานที่ติดต่อเลขที่ หมู่ที่.....ถนน.....-..... ซอย.....-..... ตำบล.....**ลำพันทา**...อำเภอ.....**นาดี**...จังหวัด

.....**ปราจีนบุรี**..... รหัสไปรษณีย์.....**25220**.....โทรศัพท์.....เป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

กำนัน /ผู้ใหญ่บ้าน

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลลำพันตา

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลำพันตา

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....

เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....ลำพันตา.....อำเภอ.....นาคี.....

จังหวัด.....ปราจีนบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....25220.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)