คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งแค้ว อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ส่วนสวัสดิการสังคม อบต.ทุ่งแค้ว อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ โทรศัพท์ : ๐๕๔-๖๔๗๒๗๘ ต่อ ๑๐๕ โทรสาร : ๐๕๔-๖๔๗๒๗๘ ต่อ ๑๐๘	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามที่มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มาให้กระทรวงมหาดไทยดำเนินการตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ดังนั้นเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีฐานะการคลังเพียงพอสามารถจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพกระทรวงมหาดไทยได้ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ซึ่งตามความนัยข้อ ๙ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ และตามข้อ ๑๐ เมื่อมีผู้ป่วยเอดส์มายื่นรับการสงเคราะห์ ให้พนักงานส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ออกไปตรวจสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ และจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบนี้

<u>คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์</u>

๑. มีสัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งแค้ว ตามทะเบียนบ้าน

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

<u>ขั้นตอนการยื่นคำขอ</u>

ผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ได้ตลอดปี ที่ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งแค้ว

๑. มายื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพด้วยตนเอง

๒. ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะ มาดำเนินการแทนก็ได้พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

วิธีการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งแค้ว จะจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นประจำทุกเดือน ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท หรือตามมติคณะรัฐมนตรี โดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือบุคคลที่รับมอบอำนาจ ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ตาย

๒. ขาดคุณสมบัติ

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำร้องขอรับสิทธิตามแบบฟอร์ม (ระยะเวลา ๓ นาที)	ส่วนสวัสดิการสังคม อบต.ทุ่งแค้ว อ.หนองม่วงไข่ จ.แพร่
๒. เจ้าหน้าที่(ส่วนสวัสดิการสังคม)ตรวจสอบคุณสมบัติ พร้อมออกไปตรวจสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ (ระยะเวลา ๐.๕ วัน)	ส่วนสวัสดิการสังคม อบต.ทุ่งแค้ว อ.หนองม่วงไข่ จ.แพร่
๓. จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติ (ระยะเวลา ๐.๕ วัน)	ส่วนสวัสดิการสังคม อบต.ทุ่งแค้ว อ.หนองม่วงไข่ จ.แพร่
๔. ดำเนินการช่วยเหลือ (ระยะเวลา ๒๐ วัน)	ส่วนสวัสดิการสังคม อบต.ทุ่งแค้ว อ.หนองม่วงไข่ จ.แพร่

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน ๓๐ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์	จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	สาขาหนองม่วงไข่ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งแค้ว อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

โทรศัพท์ : ๐๕๔-๖๔๗๒๗๘ ต่อ ๑๐๕

เว็บไซต์http://www.thungkaew.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม			

ทะเบียนเลขที่...../25.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25.....

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ – สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน**บ้านเลขที่**.....**หมู่ที่**.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ .....

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ **รับเงินสดด้วยตนเอง** ☐ **รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

☐ **โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ** ☐ **โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ**

<u>พร้อมแนบเอกสาร</u> ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....) (.....)

<u>หมายเหตุ</u> ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... แล้ว

☐ เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรี ตำบลพิกุลออก

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....) (.....) (.....)

กรรมการ กรรมการ กรรมการ

คำสั่ง

☐รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

.....

(นายวุฒิชัย วงษ์อินทร์)

นายกเทศมนตรี ตำบลพิกุลออก

..... / ..... / .....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร .....
เลขที่ ..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ ..... อยู่บ้านเลขที่ .....
หมู่ที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน..... แขวง / ตำบล .....
เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....

ขอมอบอำนาจให้ ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร .....
เลขที่ ..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ ..... อยู่บ้านเลขที่ .....
หมู่ที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน..... แขวง / ตำบล .....
เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ เอกสารอื่นๆ.....