

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลาหมอ อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

ชื่อกระบวนการ: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สวัสดิการสังคม

๒. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๓. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง

๔. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๕. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๖. พื้นที่ให้บริการ: ตำบลหนองปลาหมอ

๗. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ วัน

๘. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๙. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลาหมอ

๑๐. ช่องทางการให้บริการ

๑) สถานที่ให้บริการเทศบาล.....-.....(ระบุชื่อ)

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลาหมอ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.

หมายเหตุ (วันจันทร์-วันศุกร์ เปิดให้บริการช่วงพักกลางวัน)

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอ

ต่อผู้บริหารท้องถิ่นตามที่ดินมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบ

อำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้



หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑.เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ที่ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๓.มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ

๔.ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในความอุปการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนได้

ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑.ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบฟอร์มพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒.ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ระยะเวลา

ตั้งแต่วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น. และและองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลาหมอ อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี จะแจ้งให้ทราบหลังจากได้รับอนุมัติจากผู้บริหารท้องถิ่นแล้ว

ช่องทางการให้บริการ

๑) สถานที่ให้บริการเทศบาล.....-.....(ระบุชื่อ)

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลาหมอ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.

หมายเหตุ (วันจันทร์-วันศุกร์ เปิดให้บริการช่วงพักกลางวัน)

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑๐ วัน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำ ขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอ ลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๑๕ นาที	องค์การบริหารส่วน ตำบลหนองปลาหมอ
๒)	การพิจารณา แต่งตั้งคณะกรรมการออกตรวจสอบความเป็นอยู่และ คุณสมบัติ	๑ วัน	องค์การบริหารส่วน ตำบลหนองปลาหมอ
๓)	การพิจารณา ตรวจสอบความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการ สงเคราะห์	๑ วัน	องค์การบริหารส่วน ตำบลหนองปลาหมอ
๔)	การพิจารณา จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	๑ วัน	องค์การบริหารส่วน ตำบลหนองปลาหมอ
๕)	การพิจารณา พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	องค์การบริหารส่วน ตำบลหนองปลาหมอ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง ๐ ชุด สำเนา ๑ ชุด	กระทรวงมหาดไทย

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
	หมายเหตุ -	
๒)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา ฉบับจริง ๐ ชุด สำเนา ๑ ชุด หมายเหตุ -	กระทรวงมหาดไทย
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๑ ชุด หมายเหตุ -	-
๔)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ หมายเหตุ -	-
๕)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๑ ชุด หมายเหตุ -	-
๖)	เอกสารใบรับรองที่แพทย์ที่ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ หมายเหตุ -	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
๑)	ไม่มีค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: -)	-

๑๑. ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

๑) ช่องทางการร้องเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปลาหมอ

(หมายเหตุ:(๑) ทางโทรศัพท์ ๐๓๖-๓๗๓๘๙๗-๘ ต่อ ๑๔

(๒) www.nongplamor.go.th

(๓) ทางไปรษณีย์ ๑๘ หมู่ที่ ๖ ตำบลหนองปลาหมอ อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ๑๘๑๔๐

หมายเหตุ-

๒) ช่องทางการร้องเรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสระบุรี

หมายเหตุ(ผ่านศูนย์ดำรงธรรมประจำจังหวัดสระบุรี)

๓) ช่องทางการร้องเรียน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ(เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม.๑๐๓๐๐/สายด่วน๑๑๑๑)

๑) แบบคำขอการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๕๙

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจําปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

เฉพาะกรณีผู้พิการมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องกับ กับผู้พิการที่จะลงทะเบียน

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ที่อยู่ โทรศัพท์

ข้อมูลผู้พิการ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี สัญชาติ

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน บาท อาชีพ

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพความพิการ

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

จาก (อบค./ทต.)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงาน

ของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

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

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ใช้คำข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

