

คู่มือสำหรับประชาชน

๑. ชื่อกระบวนการงาน	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลลำใหญ่ กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย
๓. ประเภทของงานบริการ	กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ	อนุญาต/ออกใบอนุญาต/รับรอง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาตหรือเกี่ยวข้อง	ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘
๖. ระดับผลกระทบ	บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ	เทศบาลตำบลลำใหญ่
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย/ข้อกำหนด ฯลฯ	- วัน
๙. ข้อมูลสถิติ	- - -
- จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน	-
- จำนวนคำขอที่มากที่สุด	-
- จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด	-

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน

[สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑๑. ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ สำนักงานเทศบาลตำบลลำใหญ่ ๒๖/๑ หมู่ที่ ๒ ตำบลลำใหญ่ อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๑๐ โทร./โทรสาร. ๐๗๕-๗๗๓๒๒๙ ติดต่อด้วยตนเองณหน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ วันจันทร์ – วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.
---	---

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการ บริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการ สงเคราะห์หรือผู้รับมอบ อำนาจยื่นคำขอพร้อม เอกสารหลักฐาน และ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้อง ขอลงทะเบียนและเอกสาร หลักฐานประกอบ	๔๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบล ถ้ำใหญ่	๑. ระยะเวลา : ๔๕ นาที ๒. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบคือ เทศบาลตำบล ถ้ำใหญ่
๒.	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสอบสภาพ ความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบล ถ้ำใหญ่	๑. ระยะเวลา : ๑๕ นาที ๒. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบคือ เทศบาลตำบล ถ้ำใหญ่
๓.	การพิจารณา	ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และ คุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับ การสงเคราะห์	๓ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบล ถ้ำใหญ่	๑. ระยะเวลา : ๓วัน ๒. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ คือ เทศบาลตำบล ถ้ำใหญ่
๔.	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อม เอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหาร พิจารณา	๒ วัน	กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น	๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๒ วันนับ จากการออก ตรวจสอบสภาพ ความเป็นอยู่ ๒. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ คือ เทศบาลตำบล ถ้ำใหญ่

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการ บริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๕.	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น	<p>๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๗ วัน นับแต่วันที่ยื่น คำขอ</p> <p>๒. ผู้รับผิดชอบ คือผู้บริหาร องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น</p> <p>๓. กรณีมี ข้อขัดข้อง เกี่ยวกับการ พิจารณาได้แก่ สภาพความ เป็นอยู่ คุณสมบัติ หรือ ข้อจำกัดด้าน งบประมาณ จะแจ้ง เหตุขัดข้องที่ไม่ สามารถให้การ สงเคราะห์ให้ผู้ ขอทราบไม่เกิน ระยะเวลาที่ กำหนด</p>
ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๓ วัน					

๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

งานบริการนี้ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑ เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑.	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย	-	๑	-	ฉบับ	-
๒.	ทะเบียนบ้าน	-	๑	-	ฉบับ	-
๓.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	-	๑	-	ฉบับ	-
๔.	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	-	ฉบับ	-
๕.	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	-	ฉบับ	-
๖.	ใบรับรองแพทย์ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง	-	๑	-	ฉบับ	-
๗.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)	-	๑	-	ฉบับ	-
๘.	ทะเบียนบ้าน (ผู้รับมอบอำนาจ)	-	๑	-	ฉบับ	-

๑๕.๒ เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

๑๖. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑๗.๑ สำนักงานเทศบาลตำบลลำใหญ่เลขที่ ๒๖/๑ หมู่ที่ ๒ ตำบลลำใหญ่ อำเภอทุ่งสง
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๑๐
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๗๕-๗๗๓๒๒๙
www.thamyaicity.go.th
อีเมล thamyaicity@hotmail.com

๑๗.๒ ช่องทางการร้องเรียนศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐/สายด่วน ๑๑๑๑ /www.๑๑๑๑.go.th /
ตู้ไปณ.๑๑๑๑เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

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

เรียน นายกรัฐมนตรีตำบลลำใหญ่

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 ซ้ำรูดทรุดโทรม ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน 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

เขียนที่เทศบาลตำบลลำใหญ่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลลำใหญ่

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มี

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

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลลำใหญ่

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)