

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม
อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม
อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : ชื่นทะเบียน

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

๖. ช่องทางการให้บริการ

๖.๑ สถานที่ให้บริการ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม
อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

๖.๒ ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ – วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา
๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง) (โทรศัพท์ ๐๐๔-๖๖๖-๒๗๑) / (โทรสาร ๐๐๔-๖๖๖-๒๗๒)

หมายเหตุ : ระยะเวลาเปิดให้บริการ เดือน มกราคม – เดือน ธันวาคม ของทุกปี

๗. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นขออนุญาต และในการพิจารณาอนุญาต

๗.๑ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒. เป็นผู้มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลหนองกระเทียม

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดอุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยง
ตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาความซ้ำซ้อน
หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครอง
ท้องถิ่น ด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์ รับการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจาก
ความเดือดร้อน เป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการ ของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์
ต่อองค์กรปกครองท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทำการยื่นเอกสารให้กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม แล้ว ทางองค์การบริหาร
ส่วนตำบลหนองกระเทียม จะดำเนินการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่ามีคุณสมบัติในการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หรือไม่ เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียมจะนำรายชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์
เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติ หลังจากผู้บริหารท้องถิ่นทำการอนุมัติและผู้ป่วยได้ทำการขึ้นทะเบียนเสร็จ
เรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เป็นจำนวนเงิน ๕๐๐ บาท
ต่อเดือน

๘. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๘.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ ที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	ใบรับรองแพทย์ คำวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์	-	๑	๑	ฉบับ	-
๑)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ฉบับ	-
๒)	ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	-	๑	๑	ฉบับ	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ฉบับ	-
๔)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	-	ฉบับ	-
๕)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	๑	ฉบับ	-
๖)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินชีพผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)	-	๑	๑	ฉบับ	-

๙. ขั้นตอน ระยะเวลา ค่าธรรมเนียม และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ในพึงบประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบให้เรียบร้อย	๑๐ นาที	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม	
๒	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพ ความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๕ นาที	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม	
๓	ออกสำรวจ	ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์	๓ วัน	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม	
๔	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อม เอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหาร พิจารณา	๒ วัน	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม	
๕	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๑ วัน	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม	

**ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๕ นาที

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท/ร้อยละ)
๑	ไม่มีค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม ๐ บาท

๑๐. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

(๑) แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนเลขที่ /.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน	
ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน	
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)	
เลขที่ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
ที่อยู่.....	โทรศัพท์

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล.....

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

เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ ---สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ (ระบุ).....

รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

 ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกมา ๑ วิธี)

 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี

พร้อมเอกสารดังนี้

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ (จากโรงพยาบาลของรัฐ) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
 (.....) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช./ด.ญ./นาย/ นาง/ น.ส. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> -□□□□-□□□□□-□□-□□ <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้น ทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... </p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ)..... (นายสุพัฒน์ ชารัมย์) นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระเทียม วัน/เดือน/ปี.....</p>	

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

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

แทนข้าพเจ้า ในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

- () แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 - () แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ โดยให้จ่ายให้แก่.....
 - () เป็นเงินสด
 - () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา..... เลขที่บัญชี.....
 - () แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป
- เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)