

คู่มือสำหรับประชาชน เรื่อง การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว (ใบรับรองแพทย์ระบุคำว่า เอดส์/AIDS เท่านั้น)
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อม เอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและ เอกสารหลักฐานประกอบ	๕-๑๐	นาที	สำนักปลัด องค์การบริหาร ส่วนตำบล ตาเสา	(๑. ระยะเวลา : ๕- ๑๐ นาที (ระบุ ระยะเวลาที่ ให้บริการจริง) ๒. งานสวัสดิการ และสังคม สงเคราะห์ องค์การ บริหารส่วนตำบล ตาเสา
๒)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสาร หลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอ ผู้บริหารพิจารณา	๕-๑๐	นาที	สำนักปลัด องค์การบริหาร ส่วนตำบล ตาเสา	(๑. ระยะเวลา : ๕- ๑๐ นาที (ระบุ ระยะเวลาที่ ให้บริการจริง) ๒. งานสวัสดิการ และสังคม สงเคราะห์ องค์การ บริหารส่วนตำบล ตาเสา
๓)	การพิจารณา	พิจารณานุมัติ	๗	วัน	สำนักปลัด องค์การบริหาร ส่วนตำบล ตาเสา	(๑. ระยะเวลา : ไม่ เกิน ๗ วันนับแต่ วันที่ยื่นคำขอ(ระบุ ระยะเวลาที่ ให้บริการจริง) ๒. ผู้รับผิดชอบคือ ผู้บริหารองค์กร ปกครองส่วน ท้องถิ่น ๓. กรณีมีข้อขัดข้อง เกี่ยวกับการ พิจารณา ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติหรือ ข้อจำกัดด้าน งบประมาณจะแจ้ง

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
						เหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด)

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๓ วัน

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน)

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	สำนักทะเบียน อำเภอ/สำนัก ทะเบียน ท้องถิ่น	๑	๑	ชุด	-
๒)	ใบรับรองแพทย์ระบุว่า เป็นเอดส์/AIDS	โรงพยาบาล ของรัฐ	๑	๑	ชุด	-
๓)	ทะเบียนบ้าน	สำนักทะเบียน อำเภอ/สำนัก ทะเบียน ท้องถิ่น	๑	๑	ชุด	-
๔)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของ ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	๑	๑	ชุด	-

เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

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

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักปลัด งานสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลา ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด)

ค่าธรรมเนียม

- ๐ บาท/ ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับบริการ

ช่องทางร้องเรียน

- ๑) ช่องทางการร้องเรียน สถานที่ องค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา หมู่ที่ ๒ อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์
โทร. ๐๔๔-๖๖๖-๔๙๐
- ๒) ช่องทางการร้องเรียน เว็บไซต์ : www.tasao.go.th
- ๓) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th /
ตู้ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)

ขอบเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์
เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

ตัวอย่างแบบฟอร์ม การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

- ผู้ยื่นคำขอฯ แจ้งด้วยตนเอง
 ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน.....

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

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร-ภรรยา พี่น้อง อื่น ๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ชื่อบัญชี.....

ธนาคาร.....เลขที่บัญชี □□□-□-□□□□□-□□□

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ โรงพยาบาล.....

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

(.....)

(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว

เป็นผู้ที่มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน สาเหตุ.....

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

ส อบต. หมู่ที่
กรรมการ

ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่
กรรมการ

ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่
กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน สาเหตุ

(นายแดง อนันรัมย์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

..... / /

ขอแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ อบต.ตาเสา โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมา ดังนี้

๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์/AIDS จริง

๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)

๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ อบต.ตาเสาทราบ ภายใน ๓ วัน

แบบสอบถามเท็จจริงเบื้องต้น

ผู้ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๐๐๐

.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลำดับที่/.....

ชื่อสกุล (ผู้ขอรับการสงเคราะห์).....

ผู้ขอรับการสงเคราะห์อายุ ปี

บุคลิกลักษณะของผู้ขอรับบริการ

เชื้อชาติไทย..... สัญชาติไทย..... ศาสนาพุทธ.....

สถานภาพการสมรส

 โสด สมรส อื่นๆ (ระบุ)วัน/เดือน/ปีเกิด บัตรประชาชนเลขที่ ----

ภูมิลำเนาเดิม บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ตำบล ตาเสา.....

อำเภอ ห้วยราช..... จังหวัด บุรีรัมย์..... รหัสไปรษณีย์๓๑๐๐๐..... โทรศัพท์

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ตำบล ตาเสา.....

อำเภอ ห้วยราช..... จังหวัด บุรีรัมย์..... รหัสไปรษณีย์๓๑๐๐๐..... โทรศัพท์

อาชีพ รายได้บาท/วัน/เดือน

ลักษณะที่อยู่อาศัย

 บ้านตนเอง บ้านเช่า บ้านบิดา มารดา,ญาติ บ้านเพื่อน คนรู้จัก เช่าที่บุคคลอื่น บ้านพักขององค์กรเอกชน.....

ลักษณะสภาพภายในที่อยู่อาศัย.....

สภาพสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย

จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว จำนวนคน จำนวนบุคคลที่อยู่ในความอุปการะ คน

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	ความ เกี่ยวข้อง	ระดับ การศึกษา	สุขภาพ	อาชีพ/ รายได้	หมายเหตุ

สาเหตุปัญหาความเดือดร้อน

/ลักษณะการ...

ลักษณะการครองชีพของผู้ขอรับการสงเคราะห์และครอบครัว (รายรับ-รายจ่าย)

ประวัติความเป็นมาของผู้ขอรับการสงเคราะห์และครอบครัว

.....

.....

.....

การวินิจฉัยปัญหา

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

(.....)

ผู้ขอรับการสงเคราะห์

(.....)

ผู้ยื่นคำร้องฉบับนี้

(นางสาวอัจฉรา ประสิทธิ์เตสังข์)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ผู้สัมภาษณ์/ผู้เยี่ยมบ้าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติในการรับเบี้ยยังชีพตาม ข้อ ๔ และข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ จริง และหากภายหลังข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติลง ข้าพเจ้ายินดีให้ถอนรายชื่อข้าพเจ้าออกจากบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ฯ และยินดีคืนเงินสงเคราะห์ที่ได้รับ ไปนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ขาดคุณสมบัติลง

(.....)

ผู้ขอรับการสงเคราะห์

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

.....
.....

(นายภาณุวัฒน์ โนนวิเศษ)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ.....

(นายแดง อนันรัมย์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตาเสา