



คู่มือสำหรับประชาชน

เรื่อง

การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ภารกิจงาน

ผู้รับผิดชอบ/ผู้จัดทำ

งานบริหารงานทั่วไป

นางเปรมฤดี มีหมู่

ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : ขึ้นทะเบียน

๕. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

๖. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น

๗. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา

–

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย/ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ วัน

๘. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๙. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๓๐/๐๔/๖๔ เวลา ๐๙.๑๙ น.

๑๐. หลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหาร ท้องถิ่นที่ตนมีผู้ลำนายอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมา ดำเนินการก็ได้ หลักเกณฑ์ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ และไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้ ๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว ๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ใน พื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน

๑๑. วิธีการขั้นตอนการให้บริการ / ระยะเวลาแต่ละขั้นตอน

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย่ำแย่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ระยะเวลาแต่ละขั้นตอน
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๔๕ นาที	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง	(๑. ระยะเวลา : ๔๕ นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง)
๒	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ ผู้ลงทะเบียน	๑๕ นาที	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง	(๑. ระยะเวลา : ๑๕ นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง)
ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของ	ระยะเวลา	ส่วนงาน/หน่วยงาน	ระยะเวลาแต่ละ

		ขั้นตอนการบริการ	ให้บริการ	งานที่ได้รับมอบหมาย	ขั้นตอน
๓.	การพิจารณา	ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับ การสงเคราะห์	๓ วัน	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๓ วันนับจาก ได้รับคำขอ (ระบุ ระยะเวลาที่ ให้ บริการจริง) ๒. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง)
๔.	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติ พร้อม เอกสารหลักฐาน ประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหาร พิจารณา	๒ วัน	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๒ วันนับจาก การออกตรวจ สภาพความเป็นอยู่ (ระบุ ระยะเวลาที่ ให้ บริการจริง) ๒. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง)
๕.	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๗ วันนับแต่ วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ ให้ บริการจริง) ๒. ผู้รับผิดชอบคือ ผู้บริหารองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ๓. กรณี มีข้อขัดข้องเกี่ยวกับ การพิจารณาได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติ หรือ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ จะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่ สามารถให้การ สงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกิน ระยะเวลาที่กำหนด)

๑๒. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๓. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	บัตรประจำตัว ประชาชน หรือ บัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงาน ของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๒	ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนา (กรณีและผู้ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ชุด	-
๔	หนังสือมอบ อำนาจ (กรณี มอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	๑	ชุด	-

๑๔. ช่องทางการให้บริการ

๑) สถานที่ให้บริการ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

เบอร์โทรศัพท์ ๐๓๔-๒๖๑๗๔๕

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หมายเหตุ (ระยะเวลาเปิดให้บริการ ๑ – ๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี)

๑๕. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

๑๖. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง:

๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ช่องทางการร้องเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากโลง ๑๐/๔ หมู่ ๓ ตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ๗๓๐๐๐ (เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร ๐๓๔-๒๖๑๗๔๕)

๒) ช่องทางการร้องเรียน

งานสวัสดิการและสังคม



๓) ช่องทางการร้องเรียน

<http://www.nongpaklong.go.th>

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑) แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑๙. หมายเหตุ

ทะเบียนเลขที่...../.....

[illegible]

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือนพ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนทะเบียน
 บ้านเลขที่ หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอยถนนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์.....
 หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ
 รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ..... บุคคลอ้างอิงที่
 สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์จริง
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)
(.....) (.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความสมัครใจครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี / อบต. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ(ลงชื่อ)..... () กรรมการ(ลงชื่อ)..... () กรรมการ(ลงชื่อ)..... ()
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ (ลงชื่อ)..... นายก เทศมนตรี/นายก อบต..... วัน/เดือน/ปี.....	