

คู่มือสำหรับประชาชน เรื่อง การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสายตะกู อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการ สงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการ สงเคราะห์ด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลสายตะกู ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้ ๑.มีสัญชาติไทย ๒.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสายตะกู ๓.เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว ๔.มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน กรณี ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ให้ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนี้แห่งระเบียบ

ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ

ที่	ขั้นตอน รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
๑	ผู้ป่วยเอดส์มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์พร้อมเอกสารหลักฐาน	๑๐	นาที	กองสวัสดิการสังคม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นางสาวหนูรัก บุรารม นางอุไรวรรณ ศรีประดู่ นางสาวแสงจันทร์ บุญด้วง
๒	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูล เพิ่มเติม	๕	นาที	กองสวัสดิการสังคม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นางสาวหนูรัก บุรารม นางอุไรวรรณ ศรีประดู่ นางสาวแสงจันทร์ บุญด้วง

ที่	ขั้นตอน รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ
๓	เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบความเป็นอยู่ ของผู้ป่วยเอดส์ ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควร ได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ พิจารณาจากความ เดือดร้อน เป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน เป็นผู้ที่อยู่ อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการ เข้าถึงบริการของรัฐ	๓	วัน	กองสวัสดิการสังคม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นางสาวหนูรัก บุรากรม นางอุไรวรรณ ศรีประดู่ นางสาวแสงจันทร์ บุญด้วง
๔	เจ้าหน้าที่จัดลำดับผู้ป่วยเอดส์เบื้องต้นและให้ ผู้บริหารพิจารณาคัดเลือกขั้นต่อไป	๒	วัน	กองสวัสดิการสังคม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นางสาวหนูรัก บุรากรม นางอุไรวรรณ ศรีประดู่ นางสาวแสงจันทร์ บุญด้วง
ระยะเวลา				
รวมระยะเวลาไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน และ ไม่เกิน ๕ วันทำการในการพิจารณาคัดเลือก				

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้
๑.บัตรประจำตัวประชาชน ๒.ทะเบียนบ้าน ๓.ใบรับรองการวินิจฉัยแพทย์ที่ระบุว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ ๔.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร) ** ในกรณีที่มีความจำเป็นไม่สามารถมายื่นขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลาย ลักษณ์อักษรให้ผู้อุปการะ เป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้ ๑.หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ ๒.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ ๓.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
ค่าธรรมเนียม
ไม่มีค่าธรรมเนียม

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสายตะกู อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๑๘๐ โทร ๐ - ๔๔๖๖ - ๖๖๔๙	วันจันทร์ – ศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตลอดทั้ง ปีงบประมาณ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. บริการไม่ หยุดพักเที่ยง

ช่องทางร้องเรียน

- ๑) องค์การบริหารส่วนตำบลสายตะกู อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๑๑๘๐
โทร. ๐ - ๔๔๖๖ - ๖๖๔๙ หรือ เว็บไซต์ www.Saitaku.go.th

ขอบเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

ตัวอย่างแบบฟอร์ม การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑.แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ทะเบียนเลขที่...../ 2567	
แบบคำขอรับการสงเคราะห์	
เขียนที่.....	
วันที่	เดือน พ.ศ.
เรียน	
ด้วยข้าพเจ้า (นาย /นาง / นางสาว) ชื่อ	นามสกุล
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.	อายุ ปี สัญชาติ มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่ ชุมชน	ตรอก/ซอย -
ถนน - ตำบล สายตะกู อำเภอ บ้านกรวด จังหวัด บุรีรัมย์	
รหัสไปรษณีย์ 31180 โทรศัพท์ -	
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เป็นเอดส์ที่ยื่นคำขอ - - - -	
ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอใ้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้	
1. ที่พักอาศัย	
() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรดทรุดโทรม () ขำรดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร	
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....	
2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้	
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก	
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้	
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก	
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้	
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก	
3. การพักอาศัย	
() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....	
() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน	
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....	
4. รายได้ - รายจ่าย	
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....	
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....	
บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....	
ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....	
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....	
โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ข้าพเจ้าเป็นความจริงทุกประการ	
.....ผู้ให้ถ้อยคำ	
(.....)	

๒.หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่ ____ เดือน ____ พ.ศ. ____

เรียน

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ _____ นามสกุล _____
 เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- | | |
|---|--|
| ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง | ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |
| ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ | ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |

บัญชีเงินฝากธนาคาร _____
 บัญชีเลขที่ _____ ชื่อบัญชี _____

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

๓.หนังสือมอบอำนาจ (กรณีไม่สามารถมาดำเนินการด้วยตนเอง)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่ .. เดือน พ.ศ.

เรียน

ข้าพเจ้า..... ขอมอบอำนาจให้.....

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

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

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

ในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำการเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)