

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่ให้บริการ : องค์การบริหารส่วนตำบลจางเหนือ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง กระทรวงมหาดไทย

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยง ตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่า สมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจาก ความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของ รัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ที่ทำการ อบต.จางเหนือ (สำนักปลัด) ๒๖๙ หมู่ที่ ๒ ต.จางเหนือ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง ๕๒๒๒๐ โทรศัพท์ ๐๕๔-๐๑๙๗๘๖ โทรสาร ๐๕๔-๐๑๙๘๘๔ /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	เปิดให้บริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑๐ วัน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ (หมายเหตุ : องค์การบริหารส่วนตำบลจางเหนือ อำเภอมะเมาะ จังหวัดลำปาง)	๑๐ นาที	สำนักปลัด อบต.จางเหนือ
๒)	การพิจารณา ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ (๑. ระยะเวลา : ๑๐ นาที)	๑๐ นาที	สำนักปลัด อบต.จางเหนือ
๓)	การพิจารณา ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ (๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๓ วัน นับจากได้รับคำขอ)	๒ วัน	สำนักปลัด อบต.จางเหนือ
๔)	การพิจารณา จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา (ระยะเวลา : ไม่เกิน ๒ วันนับจากการออกตรวจสภาพความเป็นอยู่)	๒ วัน	สำนักปลัด อบต.จางเหนือ
๕)	การพิจารณา พิจารณานุมัติ (๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๕ วัน นับแต่วันที่ยื่นคำขอ ๒. ผู้รับผิดชอบคืออบต.จางเหนือ ๓. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณาได้แก่สภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติ หรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด)	๕ วัน	สำนักปลัด อบต.จางเหนือ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ	กรมการปกครอง
๒)	สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ	กรมการปกครอง
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) สำเนา ๑ ฉบับ	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๔)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ	-
๕)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบ อำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ	-
๖)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบ อำนาจ (กรณีประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผ่านธนาคาร ของผู้รับมอบอำนาจ) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ	-
๗)	ใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ ฉบับจริง ๑ ฉบับ	-

ค่าธรรมเนียม

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

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ขอต.จางเหนือ (สำนักปลัด) (หมายเหตุ:) ๒๖๙ หมู่ที่ ๒ ต.จางเหนือ อ.แม่เม่า จ.ลำปาง ๕๒๒๒๐ โทรศัพท์ ๐๕๔-๐๑๙๗๘๖ โทรสาร ๐๕๔-๐๑๙๘๘๔
๒)	ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
๑)	แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลจางเหนือ

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
ถนน.....-.....ตรอก/ซอย.....-.....หมู่ที่.....ตำบลจางเหนือ อำเภอ
แม่เมาะ จังหวัดลำปาง รหัสไปรษณีย์ ๕๒๒๒๐ ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยั้งชีพ
ผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย

- () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

- () พักอาศัยกับ.....รวม.....คน 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.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือ แสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลจางเหนือ

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ การ
สงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลจางเหนือ

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลข
ประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่
.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวพันเป็น.....
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเอง
ทุกประการ

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

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)