



คู่มือปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน

การยื่นทะเบียนและการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เทศบาลตำบลศรีดอนชัย

อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

๑. ชื่องาน เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๒. วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงาน

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม
๓. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ทั้งหมด
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

๓. ระยะเวลาการปฏิบัติงานแต่ละขั้นตอน

๑. ยื่นแบบคำขอรับการสงเคราะห์ ๓ นาที/ราย
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม ๖ นาที/ราย
๓. จัดทำหนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ๒ นาที/ราย
๔. เจ้าหน้าที่สอบประวัติผู้ป่วยเอดส์ ๓ วัน
๕. เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ภายใน ๓ วัน
๖. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเบี้ยยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ๔ นาที/ราย
๗. จัดทำบันทึกขอขึ้นทะเบียนรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ๓ วัน
๘. รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ในเดือนถัดไป

๔. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ศ. ๒๕๔๘

แบบคำขอขึ้นทะเบียนการขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลศรีดอนชัย

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

สถานภาพ () โสด () สมรส () หม้าย () หย่าร้าง () แยกกันอยู่ () อื่นๆ

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

เกี่ยวข้องกับโดยเป็น () บิดา - มารดา () บุตร () สามี - ภรรยา () พี่น้อง () อื่น ๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ () ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ () ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ.....

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธี

- () รับเงินสด () รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 - () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ
- พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
 - () สำเนาทะเบียนบ้าน
 - () ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
 - () สำเนาเลขบัญชีธนาคาร..... เลขบัญชี.....
 - () หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ (ในกรกรที่ยื่นคำขอฯ แทน)
 - () เอกสารอื่นๆ ระบุ.....

ข้อมูลที่פקอาศัย

๑. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรม () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร
- () เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

(.....)

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... แล้ว

() เป็นผู้ที่มีสิทธิครบถ้วน

() เป็นผู้ที่ไม่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลศรีดอนชัย

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

- () สมควรรับขึ้นทะเบียน
- () ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

.....กรรมการ

(นายรัชเดช สายสูง)

เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน

.....กรรมการ

(นายบัณฑิต ปรัชญาวิชัย)

นักพัฒนาชุมชน

.....

(นางสาวกานต์รวี ยาละ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

คำสั่ง

- () รับขึ้นทะเบียน
- () ไม่รับขึ้นทะเบียน
- อื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(นายสมเกียรติ บุคดี)

นายกเทศมนตรีตำบลศรีดอนชัย