



คู่มือการให้บริการประชาชน

การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเขา
องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเขา อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเขา อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเขา

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : การอนุญาต / ออกใบอนุญาต / รับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ : องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเขา

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา :

๙. ข้อมูลสถิติ : จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน (สำเนาคู่มือประชาชน) : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑๑. ช่องทางการให้บริการ :

สถานที่ให้บริการ : องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเขา อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ : วันจันทร์ ถึง ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (ไม่มีพักเที่ยง)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต :

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

/ (๒) มีภูมิลำเนา...

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเอง หรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติ ตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ :

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการ สงเคราะห์หรือ ผู้รับมอบอำนาจยื่น คำขอพร้อมเอกสาร หลักฐานและ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำ ร้องขอ ลงทะเบียนและเอกสารหลักฐาน ประกอบ	๔๕ นาที	งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักปลัด อบต.หัวเขา	
๒	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักปลัด อบต.หัวเขา	
๓	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และ คุณสมบัติ ของผู้ที่ประสงค์รับการ สงเคราะห์	๓ วัน	งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักปลัด อบต.หัว	
๔	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อม เอกสาร หลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอ ผู้บริหาร พิจารณา	๒ วัน	งานพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักปลัด อบต.หัวเขา	
๕	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน		

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๓ วัน

/ ๑๔. งานบริการ...

๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว :

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ :

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ (พร้อมระบุจำนวนเอกสารที่ต้องมายื่น)

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐ ผู้ออก เอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	-	-	๑	ฉบับ	
๒	สำเนาทะเบียนบ้าน	-	-	๑	ฉบับ	

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐ ผู้ออก เอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีกำหนดให้ เข้าบัญชีเงินฝาก)	-	-	๑	ฉบับ	
๒	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบ อำนาจ (กรณีกำหนดให้เข้า บัญชีของผู้รับมอบอำนาจ)	-	-	๑	ฉบับ	

๑๖. ค่าธรรมเนียม :

- ไม่มีค่าธรรมเนียม

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน :

๑. องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเขา

ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเขา หมู่ที่ ๒ ตำบลหัวเขา

อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี โทรศัพท์/โทรสาร ๐๓๕-๔๗๐๐๔๗

www.huakhao.go.th

๒. ศูนย์บริการประชาชน สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th /

ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

/ ๓. ศูนย์รับเรื่อง...

๓. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.)

๙๙ หมู่ ๔ อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น ๒ ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
๑๑๑๒๐

สายด่วน ๑๒๐๖ / โทรศัพท์ ๐ ๒๕๐๒ ๖๖๗๐-๘๐ ต่อ ๑๙๐๐ , ๑๙๐๔- ๗ / โทรสาร ๐ ๒๕๐๒ ๖๑๓๒

www.pacc.go.th

๔. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น (สจจ.) หรือ กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โทรศัพท์ ๐๒-๒๔๑๙๐๐๐ ต่อ ๔๑๓๑ , ๔๑๓๒

โทรสาร ๐๒-๒๔๑๙๐๐๐ ต่อ ๔๑๐๓

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเขา

ด้วย เลขประจำตัวประชาชน
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ ปี อาชีพ..... มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่
หมู่ที่ ตำบลหัวเขา อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ ๗๒๑๒๐
เบอร์โทรศัพท์..... ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียด
เพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และ มีลักษณะ () ซ้ำรูดทรุดโทรม () ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน

() มั่นคงถาวร

() เป็นของ..... ลักษณะ.....

๒. ที่พักอาศัย

อยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทาง.....เมตร/กิโลเมตร

สามารถเดินทางได้ () สะดวก

() ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้าน เป็นระยะทาง.....เมตร/กิโลเมตร

สามารถเดินทางได้ () สะดวก

() ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทาง.....เมตร/กิโลเมตร

สามารถเดินทางได้ () สะดวก

() ลำบาก เนื่องจาก

/ ๓. การพักอาศัย...

๓. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....

() พักอาศัยกับ รวม คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

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

๔. รายได้ - รายจ่าย

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

มีรายจ่ายรวม.....บาท/เดือน มีหนี้สิน.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่ หมู่ที่ ตำบลหัวเขา

อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหัวเขา

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์
เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

/ หนังสือ...

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหัวเขา

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลขประจำตัวประชาชน
..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

/ ส่วนของ...

ส่วนของเจ้าหน้าที่

ใบรับคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เลขที่..... ได้รับเรื่องเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ตรวจสอบแล้ว เอกสารหลักฐาน

☐ ครบ

☐ ไม่ครบ

๑).....

๒).....

๓).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ส่วนของผู้ขอรับบริการ

ใบรับคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ เลขที่..... ได้รับเรื่องเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ตรวจสอบแล้ว เอกสารหลักฐาน

☐ ครบ

☐ ไม่ครบ

๑).....

๒).....

๓).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....