

**คู่มือการขอรับบริการสำหรับผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อ
เรื่อง การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

งานที่ให้บริการ	การยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง โทรศัพท์ : ๐ ๔๔๖๓ ๔๙๕๐	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. – ๑๖.๓๐ น. หมายเหตุ : ในวัน และเวลาราชการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ตามที่มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ มาให้กระทรวงมหาดไทยดำเนินการตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ นั้น ดังนั้นเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีฐานะการคลังเพียงพอสามารถจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ กระทรวงมหาดไทยจึงได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ เพื่อเป็นหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

๔. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นเหมือนกัน ให้เป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา
๒. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้
๓. แบบคำขอรับการสงเคราะห์และหนังสือมอบอำนาจให้เป็นไปตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด
๔. เมื่อผู้ป่วยเอดส์มายื่นคำขอรับการสงเคราะห์แล้วให้พนักงานส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ออกไปตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ และให้จัดทำ

บัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบฯ

๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ได้ย้ายภูมิลำเนา และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องไปยื่นคำขอรับเงินต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานรับผิดชอบ
๑. ประชาสัมพันธ์การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (โดยรับคำขอตลอดทั้งปีงบประมาณ)	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ ยื่นคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๓. เจ้าหน้าที่รับแบบคำขอรับการสงเคราะห์ และตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา ๔ นาที)	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๔. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ฯ (ระยะเวลา ๓ นาที)	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๕. คณะกรรมการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ฯ แล้วรายงานผู้บริหารท้องถิ่น	คณะกรรมการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ฯ องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๖. จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติ	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๗. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง พิจารณาอนุมัติหรือไม่อนุมัติ (ระยะเวลา ๓ นาที)	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๘. ลงข้อมูลในระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเป็ยยังชีพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
๙. ผู้ป่วยเอดส์รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ (ในเดือนถัดไป)	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง

ระยะเวลา	-การยื่นคำขอ ใช้เวลา ๑๐ นาทีต่อราย -คณะกรรมการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ฯ ใช้ระยะเวลาให้เสร็จสิ้นภายใน ๑๐ วันต่อราย
----------	--

รายการเอกสารประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. แบบคำขอรับการสงเคราะห์	จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารหลักฐาน (กรณียื่นคำขอด้วยตนเอง) ดังนี้	
๒.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๓ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ของผู้ป่วยเอดส์)	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๔ ใบรับรองที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. เอกสารหลักฐาน (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อุปการะยื่นคำขอแทน) ดังนี้	
๓.๑ หนังสือมอบอำนาจ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ)	จำนวน ๑ ชุด
๓.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ป่วยเอดส์)	จำนวน ๑ ฉบับ
๓.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ป่วยเอดส์)	จำนวน ๑ ฉบับ
๓.๔ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ของผู้ป่วยเอดส์)	จำนวน ๑ ฉบับ
๓.๕ ใบรับรองที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์	จำนวน ๑ ฉบับ

เอกสารอื่นๆ หรือยื่นเพิ่มเติม

ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการให้บริการ

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

๑. กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
(ในวันและเวลาราชการ)
๒. สถานที่อื่นๆ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง ประกาศกำหนด
ให้บริการประชาชนตามความเหมาะสม
(ในวันและเวลาตามประกาศ)

การรับเรื่องร้องเรียน

ช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสำโรง
อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โทรศัพท์ : ๐ ๔๖๓ ๔๙๕๐
เว็บไซต์ : <https://www.samronglocal.go.th/>

ขอบเขตการให้บริการ/กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘
แบบฟอร์ม	แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่ (เรียงตามลำดับ/พ.ศ.....) (วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

เรียน

ด้วย...(คำนำหน้านาม ชื่อ - สกุล ผู้ป่วยเอดส์)... เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
ถนน.....ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

- ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรมมาก () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี
() 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.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้(คำนำหน้านาม ชื่อ - สกุล)..... สถานที่ติดต่อเลขที่.....
ถนน.....ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ข้อมูลคำ
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

เรียน

ข้าพเจ้า...(คำนำหน้านาม ชื่อ-สกุล)...ขอมอบอำนาจให้...(คำนำหน้านาม ชื่อ-สกุล).....
 เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
 ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวพันเป็น.....
 เป็นผู้มิอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเอง
 ทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....(คำนำหน้านาม ชื่อ-สกุล ผู้รับมอบอำนาจ).....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

เรียน

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า(ค่านานานาม ชื่อ – สกุล).....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงิน
สงเคราะห์เพื่อการยังชีพ..... ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)