



คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักปลัด อบต.ทรงคนอง โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๓๔๓ ๑๘๖๖๖ ต่อ ๑๐๕	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ	
<p>ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ข้อ ๙ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๖ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์</p> <p>ข้อ ๙ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๖ ที่มีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำร้องต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่</p> <p>ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้</p> <p>แบบคำขอรับการสงเคราะห์และหนังสือมอบอำนาจให้เป็นไปตามกระทรวงมหาดไทยกำหนด</p> <p>ข้อ ๑๐ เมื่อมีผู้ป่วยเอดส์มายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ตามข้อ ๙ ให้พนักงานส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ออกไปตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยให้นำความในข้อ ๗ มาประกอบการพิจารณาจัดลำดับด้วยและให้จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเสนอผู้บริหารท้องถิ่นอนุมัติให้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ตามระเบียบนี้</p>	
ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ยื่นเอกสาร หลักฐาน กรอกแบบฟอร์ม “แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์” (ระยะเวลา ๖ นาที) ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน (ระยะเวลา ๒ นาที) ๓. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา ๐.๕ วัน) ๔. เสนอผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพ (ระยะเวลา ๐.๕ วัน)	สำนักปลัด อบต.ทรงคนอง
ระยะเวลา ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน ๒ เดือน	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- | | |
|---|--------------|
| ๑. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ทะเบียนบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน) พร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. ใบรับรองแพทย์ | |

หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโรคเอดส์ได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับ องค์กรบริหารส่วนตำบลทรงคนอง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักปลัด องค์กรบริหารส่วนตำบลทรงคนอง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์/โทรสาร
๐ ๓๔๓ ๑๘๖๖๖ ต่อ ๑๐๕ หรือทางเว็บไซต์ www.songkanong.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลทรงคนอง
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทรงคนอง โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่น ดังนี้
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - ๓.๔ สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ประเภทออมทรัพย์)
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าผู้ป่วยเป็น โรคเอดส์/AIDs เท่านั้น หากระบุว่าผู้ป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

เขียนที่.....อบต.ทรงคนอง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ใน
 สำเนา ทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชุมชน..... ตรอก/ซอย
 ถนน..... ตำบล..... ทรงคนอง..... อำเภอ.....สามพราน
 จังหวัด..... นครปฐม..... รหัสไปรษณีย์.....๗๓๒๑๐..... โทรศัพท์

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เป็นเอดส์ที่ยื่นคำขอ ----

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

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

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....สามารถเดินทางได้
 อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....สามารถเดินทางได้
 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
 (.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

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

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีส่วน
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีส่วน โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้
ส่วน

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ข้าพเจ้า..... ขอมอบอำนาจให้.....

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

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

..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น..... เป็นผู้มีอำนาจ

กระทำการแทนข้าพเจ้า ในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)