

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์ อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : องค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์ อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ
๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : รับแจ้ง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :
 - ๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘
๖. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ วัน
๙. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
 - จำนวนคำขอน้อยที่สุด ๐
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์องค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์ ัญัฐพลสำเนาคู่มือประชาชน ๒๗/๐๘/๒๐๑๕ ๑๑:๓๙
๑๑. ช่องทางการให้บริการ
 - ๑) สถานที่ให้บริการองค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์เลขที่ ๑๔๔ หมู่ที่ ๗ บ้านอาลัย ตำบลสุขสวัสดิ์ อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๘๐ เบอร์โทร ๐๔๕-๘๒๖๐๐๙ - ๑๐ / ติดต่อด้วยตนเองณหน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ -
๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
หลักเกณฑ์ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้
 ๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
 ๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 ๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่

อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๔๕ นาที	องค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์ อำเภอบางพลี จังหวัดศรีสะเกษ	-
๒)	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	องค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์ อำเภอบางพลี จังหวัดศรีสะเกษ	-
๓)	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	๓ วัน	องค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์ อำเภอบางพลี จังหวัดศรีสะเกษ	-
๔)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	๒ วัน	องค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์ อำเภอบางพลี จังหวัดศรีสะเกษ	-
๕)	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	องค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์ อำเภอบางพลี จังหวัดศรีสะเกษ	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๓ วัน

๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือ บัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงาน ของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๒)	ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อม สำเนา (กรณีผู้ ขอรับเงินเบี้ยยัง ชีพผู้ประสงค์ ขอรับเงินเบี้ยยัง ชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ชุด	-
๔)	หนังสือมอบ อำนาจ (กรณี มอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือบัตร อื่นที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่ มีรูปถ่ายพร้อม สำเนาของผู้รับ มอบอำนาจ (กรณี มอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	๑	๑	ชุด	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยื่นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๖)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อม สำเนาของผู้รับ มอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคารของ ผู้รับมอบอำนาจ)	-	๑	๑	ชุด	-

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

๑๖. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) ช่องทางการร้องเรียนองค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์เลขที่ ๑๔๔ หมู่ที่ ๗ บ้านอาลัย ตำบลสุขสวัสดิ์ อำเภอ
โพธิ์เรียง จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๘๐ เบอร์โทร ๐๔๕-๘๒๖๐๐๙ - ๑๐

หมายเหตุ-

- ๒) ช่องทางการร้องเรียนศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th /
ตู้ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐)

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก .

- ๑) ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์ม (อยู่ที่ท้ายกระบวนงานนี้)
๒) แบบฟอร์มการกรอกข้อมูล (อยู่ภาคผนวก ก)

๑๙. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	๑๔/๐๙/๒๕๕๘
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ ๒ โดยสำนักงาน ก.พ.ร. (OPDC)
จัดทำโดย	องค์การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์ อำเภอไทรบุรีจังหวัดศรีสะเกษ มท.
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-

ลำดับที่ 1 / 2558

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

วันที่ ๕ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์

ด้วย นางสาวนิต มีโชค เลขประจำตัวประชาชน 333065697320
เกิดวันที่ 11 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2515 อายุ 43 ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ 67/1 ถนน -
ตรอก/ซอย - หมู่ที่ 12 ตำบล สุขสวัสดิ์ อำเภอ ไพรวิจิ จังหวัด ศรีสะเกษ รหัสไปรษณีย์ 33230
ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

- 1. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรดทรุดโทรม () ขำรดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร
() เป็นของ นางสาวพรรณ กัญดา เกี่ยวข้องเป็น มารดา
2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....กิโลเมตร
สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....กิโลเมตร
สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....กิโลเมตร
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 นางสาวพรรณ กัญดา สถานที่ติดต่อเลขที่ 67/1 ถนน -
ตรอก/ซอย - หมู่ที่ 12 ตำบล สุขสวัสดิ์ อำเภอ ไพรวิจิ จังหวัด ศรีสะเกษ
รหัสไปรษณีย์ 33230 โทรศัพท์ 045-608193 โทรสาร - เกี่ยวข้องเป็น มารดา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

นางสาว นิต มีโชค ผู้ให้ถ้อยคำ
(นางสาว นิต มีโชค)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่ ๐นต. ศษ ๑๖๖๓

วันที่ ๕ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า นายชานาภา เจริญดี เป็นผู้มืสิทธิได้รับการ
 สงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ... ๕๕๐๐๙๙ ลำดับที่ ๒๓๐ นั้น


ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

 เป็นเงินสด โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ


 (นายชานาภา เจริญดี)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ ๐๗๓-๕๒๑๙๘๓๐.....

วันที่ ๖ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสุขสวัสดิ์

ข้าพเจ้า นายชานกา เจริญดี ขอมอบอำนาจให้ นางสาวนารีรัตน์ เจริญดี
 เลขประจำตัวประชาชน ๓๓๓๐๖-๕๒๑๙๘๓๐ อยู่บ้านเลขที่ ๑๙๙/๑ ถนน
 ตรอก/ซอย หมู่ที่ ๑ ตำบล สวัสดิ์ดี อำเภอ ฝรั่ง จังหวัด ศรีสะเกษ
 รหัสไปรษณีย์ ๓๓๑๘๐ โทรศัพท์ ๐๘-๑๒๕๖๙๖ โทรสาร
 เกี่ยวพันเป็นบุตรสาว เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือ
 เสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

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

ลงชื่อ..... (นายชานกา เจริญดี) ผู้มอบอำนาจ

ลงชื่อ..... (นางสาวนารีรัตน์ เจริญดี) ผู้รับมอบอำนาจ

ลงชื่อ..... (นาย.....) พยาน

ลงชื่อ..... (นาง.....) พยาน