

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

1. ชื่อกระบวนการ : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

2. หน่วยงาน : สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทอง

3. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว

4. หมวดหมู่ของงานบริการ : รับแจ้ง

5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพของครุฑปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548

6. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

7. พื้นที่ให้บริการ : องค์ครุฑปกครองส่วนท้องถิ่น

8. กฎหมายข้อบังคับ / ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วัน

9. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0

10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

11. ช่องทางการให้บริการ

- สถานที่ให้บริการ ศูนย์บริการประชาชน One Stop Service องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทอง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี เปิดให้บริการวันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 16.30 น.

- E-Service ทาง website : <https://www.donthongsri.go.th/index.php> (เว็บไซต์ อบต.ดอนทอง)

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์ครุฑปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับ

การสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการได้ หรือจะยื่นผ่านทางช่องขอรับเงินเบี้ยความพิการในปั๊มประมาณถัดไป ณ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทอง หรือจะยื่นผ่านทางช่องทาง E – Service ทาง website : <https://www.donthongsri.go.th/index.php> (เว็บไซต์ อบต.ดอนทอง)

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถ

ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการขั้นตอนการให้บริการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบฟอร์มพร้อมเอกสารหลักฐาน ณ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทองด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการ หรือยื่นผ่านทางช่องทาง E – Service ทาง website : <https://www.donthongsri.go.th/index.php> (เว็บไซต์ อบต.ดอนทอง)

2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบฯ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ลำดับ	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1	การตรวจสอบเอกสาร	- ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐาน - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	45 นาที	สำนักปลัด	
2	การพิจารณา	- ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	15 นาที	สำนักปลัด	
3	การพิจารณา	- ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	3 วัน	สำนักปลัด	

4	การพิจารณา	- จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	2 วัน	สำนักปลัด	
5	การพิจารณา	- พิจารณานุมัติ	7 วัน	สำนักปลัด	
ระยะเวลาดำเนินการรวม			13 วัน		

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

- ยังไม่มีการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1 เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ลำดับ	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1	บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกให้หน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	สำเนาทะเบียนบ้าน อำเภอ / สำนัก ทะเบียนท้องถิ่น	1	1	ชุด	
2	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	สำเนาทะเบียนบ้าน อำเภอ / สำนัก ทะเบียนท้องถิ่น	1	1	ชุด	
3	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีผู้ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผ่านธนาคาร)	-	1	1	ชุด	
4	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	1	-	ชุด	
5	บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	สำเนาทะเบียนบ้าน อำเภอ / สำนัก ทะเบียนท้องถิ่น	1	1	ชุด	
6	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีผู้ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)	-	1	1	ชุด	

15.2 เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

- ไม่มี -

16. ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียม -

17. ช่องทางการร้องเรียน

- ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามรายละเอียดที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทอง เบอร์โทร 036-340438 หรือทาง

Website : <https://www.donthongsri.go.th/index.php> (เว็บไซต์ อบต.ดอนทอง)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- รายละเอียดแนบท้าย

19. หมายเหตุ

- ไม่มี -

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา
ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของ
ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□□-□□-□
สถานภาพสมรส □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ.....
รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ
บำนาญรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ □ เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน □ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติเนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลดอนทอง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....) (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....) (ลงชื่อ).....กรรมการ (.....)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... ลงชื่อ..... (นายพรเทพ ราชวัตร) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนทอง วัน/เดือน/ปี.....	

(ตัดตามรอยเส้นประให้ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ.....โดยจะได้รับเงินเบี้ย

ยังชีพผู้สูงอายุ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน