



คู่มือสำหรับประชาชน
การรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเอดส์



องค์การบริหารส่วนตำบลลาโละ
อำเภอเรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ส่วนสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลลาโละ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
๑. ส่วนสวัสดิการสังคมและพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลลาโละ โทรศัพท์ ๐-๗๓๕๗-๘๐๑๗	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ผู้มีคุณสมบัติได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(๑) มีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลลาโละ (ตามทะเบียนบ้าน)

(๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

การเบิกจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

การเบิกจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ใช้จ่ายจากงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป สำหรับสนับสนุนการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการ รายเดือน คือ

จะได้รับ ๕๐๐ บาท

การสิ้นสุดการได้รับเงินสงเคราะห์

๑. ถึงแก่กรรม

๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนพร้อมเอกสารหลักฐาน เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์ หรือบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม (ระยะเวลา ๕ นาที/ราย) ๒. เจ้าหน้าที่เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา ๓ นาที/ราย) ๓. ขั้นตอนทำบันทึกเสนอจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลลาโละ เพื่ออนุมัติ (ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน ต่อ ราย)	ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลลาโละ

กรณีขึ้นทะเบียนด้วยตัวเอง ใช้เอกสารดังนี้

๑. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาเรือเสาะ หรือ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด มหาชน ทุกสาขา ชื่อบัญชีของผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชี)

กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ใช้เอกสารดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาเรือเสาะ หรือ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด มหาชน ทุกสาขา ชื่อบัญชีของผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีมีความประสงค์โอนเงินเข้าบัญชี)
๔. หลักฐานการเป็นผู้อุปการะ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีผู้ป่วยเอดส์สามารถมอบอำนาจได้) จำนวน ๑ ฉบับ

๖. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนา

๗. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

กรณีไม่ได้รับความสะดวกหรือการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
“ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลาโละ

โทรศัพท์ / โทรสาร : ๐-๗๓๕๗-๘๐๑๗

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลาโละ

ด้วย.....นางสาวศรีอุบล...แสงศรี.....เลขประจำตัวประชาชน.....๓-๓๕๐๖-๐๐๔๒๐-๓๐๔.....เกิดวันที่๗..... เดือน
.....ธันวาคม..... พ.ศ.....๒๕๑๒..... อายุ.....๔๖.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนเลขที่.....๕๙..... หมู่ที่ ...๗..... ถนน-..... ซอย-
.....ตำบล.....ลาโละ..... อำเภอเรือเสาะ.....จังหวัดนราธิวาส.....รหัสไปรษณีย์.....๙๖๑๕๐.....ขอแจ้งความประสงค์ขอรับการ
สงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ () ผู้สูงอายุ () ผู้พิการ (✓) ผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรม () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี
() เป็นของ..... เกี่ยวข้องเป็น

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้าน เป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุด เป็นระยะทางสามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....

() พักอาศัยกับ.....รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....คน

๔. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....

สถานที่ติดต่อเลขที่ หมู่ที่.....ถนน.....-..... ซอย.....-..... ตำบล.....ลาโละ.....อำเภอ.....เรือเสาะ.....จังหวัด.....นราธิวาส.....

รหัสไปรษณีย์.....๙๖๑๕๐.....โทรศัพท์.....เป็น..... ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

กำนัน /ผู้ใหญ่บ้าน

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลคูเมือง

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....

เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)