

คู่มือสำหรับประชาชน: การรับลงทะเบียนขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
 กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

1. ชื่อกระบวนการ: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
3. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง/ อนุมัติ
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
6. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ: ท้องถิ่น
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ: 0 วัน
9. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน : 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด : 0

จำนวนคำขอน้อยที่สุด : 0
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ อบต. บึงหวาย
11. ช่องทางการให้บริการ
 1. ติดต่อด้วยตนเอง

กองสวัสดิการสังคม ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบึงหวาย หมู่ที่ 1 ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34310
 2. บริการออนไลน์ (E-Service)

ไม่มี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.

หมายเหตุ -

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบ อำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบึงหวาย
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยง

ตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ที่มีความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์การบริหารส่วนตำบลบึงหวาย ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบึงหวาย ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

13. ขั้นตอนการให้บริการ ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	45 นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.บึงหวาย อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี	

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
2)	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	15 นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.บึงหวาย อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี	
3)	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	3 วัน	กองสวัสดิการสังคม อบต.บึงหวาย อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี	
4)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	2 วัน	กองสวัสดิการสังคม อบต.บึงหวาย อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี	
5)	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	7 วัน	กองสวัสดิการสังคม อบต.บึงหวาย อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 13 วัน

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือ บัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงาน ของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
2)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนา	-	1	1	ชุด	-
4)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบ อำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	1	0	ฉบับ	-
5)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือ บัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงาน ของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบ อำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	1	1	ชุด	-
6)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่าน ธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)	-	1	1	ชุด	-
7)	ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ได้รับ รองและทำการวินิจฉัยแล้วว่า เป็น “โรคเอดส์”	-	1	0	ชุด	-

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

16. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

17. ช่องทางการร้องเรียน

1) ช่องทางการร้องเรียน :

องค์การบริหารส่วนตำบลบึงหวาย หมายเลขโทรศัพท์ 045855255 หรือ www.bungwai.go.th หรือ Facebook
องค์การบริหารส่วนตำบลบึงหวาย

หมายเหตุ-

2) ช่องทางการร้องเรียน

ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ(เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ปณ.1111
เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300)

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

1. แบบคำขอรับการสงเคราะห์
2. หนังสือแสดงความประสงค์การรับเงินสงเคราะห์
3. หนังสือมอบอำนาจ

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....ศ.พ.....เดือน.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบุงหวาย

.....เลขประจำตัวประชาชน.....ด้วย

เกิดวันที่.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่อายุศ.พ.....เดือน.....

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

ขอแจ้งความ.....รหัสไปรษณีย์.....จังหวัด.....

ประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

๑ ที่พักอาศัย .

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ มั่นคงถาวร () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () ชำรุดทรุดโทรม ()

() เป็นของเกี่ยวข้องไป.....ขึ้น.....

๒ สามารถเดินทางได้.....ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง .

() สะดวกลำบาก เนื่องจาก ()

อยู่ห่างจากชุมชนสามารถเดินทางได้.....หมู่บ้านเป็นระยะทาง/

() สะดวกลำบาก เนื่องจาก ()

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทางสามารถเดินทางได้.....

() สะดวกลำบาก เนื่องจาก ()

๓ การพักอาศัย .

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับ คน.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....รวม

.....เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก/บาท.....มีรายได้รวม

๔. รายได้ - รายจ่าย

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

.....นำไปใช้จ่ายเป็นค่า

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนนหมู่.....ซอย/ตรอก.....ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....รหัสไปรษณีย์.....จังหวัด.....

โทรศัพท์เกี่ยวข้องเป็น.....โทรสาร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่ ศ.พ เดือน

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลปทุมหวาน

..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า
 เลขที่ อยู่บ้านเลขที่ เมื่อวันที่ ออกให้ ณ
 หมู่ที่ ซอย / ตรอก ตำบล / แขวง ถนน
 เขต จังหวัด อำเภอ /

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
 เลขที่ อยู่บ้านเลขที่ เมื่อวันที่ ออกให้ ณ
 หมู่ที่ ตำบล / แขวง ถนน ซอย / ตรอก
 เขต จังหวัด อำเภอ / เกี่ยวข้องเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ()

โดยให้จ่ายให้แก่

เป็นเงินสด ()

.....สาขา..... โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ()

เลขที่บัญชี.....

แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป ()

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

19. หมายเหตุ

-