

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ใช้บริการ	การขึ้นทะเบียนขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการและสังคม เทศบาลตำบลบางแก้ว

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

งานสวัสดิการและสังคม

โทรศัพท์ : 074-697373

เว็บไซต์ : <http://bangkaeo.go.th/>

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทน

หลักเกณฑ์

1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต เทศบาลตำบลบางแก้ว อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง (ตามทะเบียนบ้าน)
3. เป็นผู้มิรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น หากระบุว่า HIV เอชไอวี ผู้มีเชื้อเอดส์ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือระบุเป็นอย่างอื่น ถือว่าไม่เข้าหลักเกณฑ์การได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 13 วัน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน	5 นาที	เทศบาลตำบลบางแก้ว อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง
2)	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม	15 นาที	เทศบาลตำบลบางแก้ว อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง
3)	ออกใบนัดหมายตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	10 นาที	เทศบาลตำบลบางแก้ว อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง
4)	ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	3 วัน	เทศบาลตำบลบางแก้ว อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง
5)	จัดทำทะเบียนประวัติ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	2 วัน	เทศบาลตำบลบางแก้ว อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง
6)	พิจารณาอนุมัติ	7 วัน	เทศบาลตำบลบางแก้ว อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	เอกสาร หลักฐาน
1)	ใบรับรองแพทย์
2)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา
3)	ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา
4)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) สำหรับผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร
5)	หนังสือมอบอำนาจ
6)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ(กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม(บาท)
ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม		

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อเรียนได้ที่ งานสวัสดิการและสังคม เทศบาลตำบลบางแก้ว อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง โทรศัพท์ :074697373 หรือเว็บไซต์ :

<http://bangkaeo.go.th/>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

(รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่ (/พ.ศ.....) วัน.....เดือน.....ปี.....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบางแก้ว

ด้วย(นาย/นาง/นางสาว).....เลขบัตรประจำตัว.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน เลขที่.....

หมู่ที่.....ตำบล ท่ามะเดื่อ อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง ๙๓๑๔๐

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้
รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑.ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขำรุดทุดโทรมมาก () ขำรุดทุดโทรมบางส่วน

() มั่นคงถาวรดี เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก มาประมาณ

() แพทย์อาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....คน

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

๔.รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปจ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย/นาง/นางสาว).....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

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

โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

แบบคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕.....

ผู้ยื่นคำขอ ฯ () แจ้งด้วยตนเอง

() ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่

ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....สกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ.....

สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หม้าย () หย่าร้าง () แยกกันอยู่ () อื่น ๆ.....

บุคคลอ้างอิง ที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น () บิดา - มารดา () บุตร () สามเณร - ภรรยา () พี่น้อง () อื่น ๆ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.25..... โดย

วิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบ

อำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

() สำเนาทะเบียนบ้าน

() ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

() หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอ ฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการ

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ เทศบาลตำบลบางแก้ว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่

.....ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบลท่ามะเตี๋ย อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่

.....ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า ในกิจการดังต่อไปนี้

- () ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ /ผู้ป่วยเอดส์
- () รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ ด้วยเงินสด
- () รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ โดยโอนผ่านบัญชีธนาคารผู้รับมอบอำนาจ
- () เปิดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อรับโอนเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)