

คู่มือสำหรับประชาชน	
งานให้บริการ	การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลโพนางดำออก
ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลโพนางดำออก โทรศัพท์ ๐๕๖-๔๑๐๗๓๑/โทรสาร ๐๕๖-๔๑๐๗๓๒	วันจันทร์ – ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์) เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการได้</p> <p><b>หลักเกณฑ์</b></p> <p>ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว</li> <li>๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> <li>๓. มีรายไม่เพียงพอการยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน</li> </ol> <p><b>วิธีการ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้</li> <li>๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ตามคุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้ารับบริการของรัฐ</li> <li>๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพ ย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบฯ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่</li> </ol>	
ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ผู้ขออนุญาตยื่นคำร้องพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการขออนุญาต (ระยะเวลา ๑๐ นาที)</li> <li>๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานว่าครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ (ระยะเวลา ๕ นาที)</li> <li>๓. เจ้าหน้าที่เสนอผู้บังคับบัญชาเพื่อพิจารณาการขึ้นทะเบียน (ระยะเวลา ๑ วัน)</li> <li>๔. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ (ระยะเวลา ๑ วัน)</li> </ol>	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบคำขออนุญาต	
๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย (สาขาใดก็ได้) กรณีรับโอนเงินบัญชีเงินฝากธนาคาร	จำนวน ๑ ฉบับ
๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)	จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)	จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีขอรับเบี้ยยังชีพผ่านทางบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)	จำนวน ๑ ฉบับ
ค่าธรรมเนียม	
ไม่เสียค่าธรรมเนียม	
การรับเรื่องร้องเรียน	
หากพบปัญหา/ข้อสงสัยในการให้บริการ สามารถติดต่อหรือแจ้งเรื่องที่ช่องทาง ดังต่อไปนี้	
๑. เขียนคำร้องทั่วไปที่สำนักงานเทศบาลตำบลโปนังต่ามออก	
๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ โทรศัพท์ ๐๕๖-๔๑๐๗๓๑/ โทรสาร ๐๕๖-๔๑๐๗๓๒	
๓. เว็บไซต์ <a href="http://www.ponangdamook.go.th">www.ponangdamook.go.th</a>	

## แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน .....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

### ๑. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ซ้ำรูดทรุดโทรม ( ) ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

### ๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

### ๓. การพักอาศัย

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

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

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

### ๔. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)