



คู่มือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เรื่อง การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

***กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

* คุณสมบัติและเอกสารหลักฐานในการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
๒. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ที่ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน (ที่มีชื่ออยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหัวเรือ)
๕. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (สำหรับกรณีของผู้ที่ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
๖. ใบมอบอำนาจ (กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทน)

***กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเรือ อำเภอกาวิปทุม จังหวัดมหาสารคาม

โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๐๒ ๙๗๒๘ <https://huorua.go.th>

e-mail : huorua๑๔๓@hotmail.com, saraban_๐๖๔๔๐๙๐๙@dla.go.th

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

(หมายเหตุ : ระยะเวลาเปิดให้บริการทั้งปี)

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (ไม่มีพักเที่ยง)

*แผนผังขั้นตอนการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ~~AIDS X HI~~

ยื่นคำร้องขอ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ ดังต่อไปนี้

1. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
2. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ (ฉบับจริง)
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาทะเบียนบ้าน
5. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีรับเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร)
6. ใบมอบอำนาจ (กรณียื่นแทนผู้พิการ)

(ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน / สัมภาษณ์ / บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม

(ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น

(ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)

ออกใบรับลงทะเบียน

ตามแบบยื่นคำขอให้ผู้ขอ/ ผู้มอบอำนาจ

(ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)



*แผนผังขั้นตอนการเบิก-จ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



จัดทำบัญชีรายชื่อผู้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
จัดทำโครงการฯ บันทึกข้อความยืนยันเงินและใบสำคัญรับเงิน (กรณีผู้ป่วยเอดส์รับเงินสด)
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



เสนอผู้บังคับบัญชาเพื่อพิจารณาอนุมัติ
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



ตรวจฎีกา / จัดทำเช็คเบิกเงิน (กองคลัง)
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



จัดทำบัญชีรายชื่อผู้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
จัดทำโครงการฯ บันทึกข้อความยืนยันเงินและใบสำคัญรับเงิน (กรณีผู้ป่วยเอดส์รับเงินสด)
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



เบิกจ่ายเงินเพื่อนำจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ที่รับเงินสด



ดำเนินการส่งใช้เงินยืมเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



*แผนผังขั้นตอนการจ่ายเบี้ยผู้ป่วยเอดส์



* ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑๓ วัน

๑. การตรวจสอบเอกสาร

ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ๔๕ นาที (ระบุระยะเวลาจริง)

๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลหัวเรือ

๒. การพิจารณา

ออกไปนัดหมายตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติ

หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ๑๕ นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)

๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลหัวเรือ

๓. การพิจารณา

ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์

หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๓ วัน นับจากได้รับคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)

๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลหัวเรือ

๔. การพิจารณา

จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา

หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๒ วัน นับจากการออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่

(ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)

๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์กรบริหารส่วนตำบลหัวเรือ

๕. การพิจารณา

พิจารณาอนุมัติ

หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๗ วัน นับแต่วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)

๒. ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้บริหารองค์กรบริหารส่วนตำบลหัวเรือ

๓. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณา ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติ หรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด

* กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ศ. ๒๕๔๘

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

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

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ.....

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเณร/ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....) (.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว

เป็นผู้มิสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายก

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

.....
(.....)

.....
(.....)

.....
(.....)

.....

.....

.....

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

.....

(.....)

วันที่.....เดือนพ.ศ.

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

เขต / อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

เขต / อำเภอ จังหวัด

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ ข้าพเจ้าขอ
รับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- เอกสารอื่นๆ.....