

คู่มือสำหรับประชาชน

การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



องค์การบริหารส่วนตำบลแม่วังงาม

อำเภอเสาใต้ จังหวัดสระบุรี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงงาม อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

1. ชื่อกระบวนงาน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน : องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงงาม อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา

3. ประเภทของงานบริการ : กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

4. หมวดหมู่ของงานบริการ : รับแจ้ง

5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548

6. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

7. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น

8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0 วัน

9. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0

10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ อบต.ม่วงงาม

11. ช่องทางการให้บริการ

1) สถานที่ให้บริการ องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงงาม 25/3 หมู่ 1 ต.ม่วงงาม อ.สทิงพระ จ.สงขลา

โทร. 0-3627-1689 / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน / <https://www.moungngam.go.th>

ประชาชนออนไลน์ (e-service)

ระยะเวลาเปิดให้บริการ (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ (ระยะเวลาเปิดให้บริการ 1 – 30 พฤศจิกายนของทุกปี)

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดอุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย่ำแย่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	45 นาที	งานส่งเสริมสวัสดิการสังคม อบต.ม่วงงาม	(1. ระยะเวลา : 45 นาที (ระบุระยะเวลาจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือเทศบาล....(ระบุชื่อ)/ อบต.....(ระบุชื่อ) / อำเภอเสนาให้)
2)	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	15 นาที	งานส่งเสริมสวัสดิการสังคม อบต.ม่วงงาม	(1. ระยะเวลา : 15 นาที (ระบุระยะเวลาจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ อบต.....(ระบุชื่อ)/ อบต.....(ระบุชื่อ) / อำเภอเสนาให้)
3)	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	3 วัน	งานส่งเสริมสวัสดิการสังคม อบต.ม่วงงาม	(1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 3 วันนับจาก 1. ได้รับคำขอ

4)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติ พร้อมเอกสารหลักฐาน ประกอบความเห็นเพื่อ เสนอผู้บริหารพิจารณา	2 วัน	งานส่งเสริม สวัสดิการสังคม อบต.ม่วงงาม	(1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 2 วันนับจากการออกตรวจ สภาพความเป็นอยู่ (ระบุ ระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ อบต.....(ระบุชื่อ)/ อบต.....(ระบุชื่อ) / อำเภอ เสนาให้)
5)	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	7 วัน	งานส่งเสริม สวัสดิการสังคม อบต.ม่วงงาม	(1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 7 วันนับตั้งแต่วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการ จริง) 2. ผู้รับผิดชอบคือผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น 3. กรณีมีข้อขัดข้อง เกี่ยวกับการพิจารณาได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติหรือข้อจำกัด ด้านงบประมาณจะแจ้ง เหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้ การสงเคราะห์ให้ผู้ขอ ทราบไม่เกินระยะเวลาที่ กำหนด)
					(ระบุระยะเวลาที่ใช้บริการ จริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ อบต.....(ระบุชื่อ)/ อบต.....(ระบุชื่อ) / อำเภอ เสนาให้)

ระยะเวลาดำเนินการรวม 13 วัน

14. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มีรูป ถ่ายพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
2)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีและผู้ ขอรับเงินผู้ป่วยเอดส์ด้วย ตนเองหรือผู้ประสงค์ ขอรับเงินผู้ป่วยเอดส์ผ่าน ธนาคาร)	-	1	1	ชุด	-
4)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณี มอบอำนาจให้ดำเนินการ แทน)	-	1	-	ฉบับ	-
5)	บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกให้โดย หน่วยงานของรัฐที่มีรูป ถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับ มอบอำนาจ (กรณีมอบ อำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	1	1	ชุด	-
6)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบ อำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงิน ผู้ป่วยเอดส์มีความ ประสงค์ขอรับเงินผู้ป่วย เอดส์ผ่านธนาคารของผู้รับ มอบอำนาจ)	-	1	1	ชุด	-

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

-

16. คำธรรมเนียม

-

17.ช่องทางการร้องเรียน

1) ช่องทางการร้องเรียน 1) สถานที่ให้บริการ องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงงาม 25/3 หมู่ 1 ต.ม่วงงาม
อ.เสนาห์ จ.สระบุรี

โทร. 0-3627-1689 / ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน / <https://www.moungngam.go.th>

บริการประชาชนออนไลน์ (e-service)

ระยะเวลาเปิดให้บริการ (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ -

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

-

19. หมายเหตุ

-

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยืนยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอยืนยันสิทธิ
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
□-□□□□-□□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงงาม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....เสนาให้.....จังหวัด.....สระบุรี.....รหัสไปรษณีย์.....18160.....

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□□□-□□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐

อื่นๆ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์

☐ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบ

กระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖)

☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบ
อำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่าน
ธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

☐ "ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และ
ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

☐ "ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ยื่นยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นยันสิทธิ

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับยื่นยันสิทธิ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ☐ เป็นผู้มีคุณสมบัติยื่นยันสิทธิครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่รอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (นางสาวพรนภา แสงคำจันทร์) เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก เทศมนตรี/เทศบาลตำบลลาดชะโด คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบ มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับยื่นยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยื่นยันสิทธิ..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายบัญชา จารุมณี) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลม่วงงาม กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางเอี่ยมพร นวลวิสัย) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวอารีรัตน์ หมายขุน) ผู้ช่วยนักพัฒนาชุมชน
คำสั่ง	

☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ)

(นางฤทธิญา บุญน้อม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลม่วงงาม

วัน/เดือน/ปี

-----ฉีกตามรายปฐุ.....

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่ มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป