

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: องค์การบริหารส่วนตำบลสันทราย อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: องค์การบริหารส่วนตำบลสันทราย อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ: รับแจ้ง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
 - ๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘
๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ: ท้องถิ่น
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ วัน
๙. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
 - จำนวนคำขอน้อยที่สุด ๐
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน สำเนาคู่มือประชาชน ๑๕/๐๗/๒๐๑๕ ๑๒:๑๒ การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ องค์การบริหารส่วนตำบลสันทราย อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
๑๑. ช่องทางการให้บริการ
 - ๑) สถานที่ให้บริการ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสันทราย โทรศัพท : ๐-๕๓๑๒-๓๐๓๙ ต่อ ๑๑,๒๑ โทรสาร : ๐-๕๓๑๒-๓๐๓๙ ต่อ ๒๕)/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)
หมายเหตุ (ระยะเวลาเปิดให้บริการ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายน ของทุกปี)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ใน

การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัย อยู่ใน พื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความ เดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน การบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการ สงเคราะห์หรือผู้รับมอบ อำนาจ ยื่นคำขอ พร้อม เอกสารหลักฐาน และ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้อง ขอลงทะเบียน และเอกสาร หลักฐานประกอบ	๔๕ นาที	องค์การบริหาร ส่วนตำบลสันทราย อำเภอพร้าว จังหวัด เชียงใหม่	(๑. ระยะเวลา : ๔๕ นาที (ระบุ ระยะเวลาจริง) ๒. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ คือ งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหาร ส่วนตำบลสัน ทราย)
๒)	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพ ความเป็นอยู่ และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	องค์การบริหาร ส่วนตำบลสัน ทราย อำเภอพร้าว จังหวัด เชียงใหม่	(๑. ระยะเวลา : ๑๕ นาที (ระบุ ระยะเวลาที่ ให้บริการจริง) ๒. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบ คือ งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหาร ส่วนตำบลสัน ทราย)
๓)	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และ คุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับ การสงเคราะห์	๓ วัน	องค์การบริหาร ส่วนตำบลสัน ทราย อำเภอพร้าว จังหวัด เชียงใหม่	(๑. ระยะเวลา : ไม่ เกิน ๓ วัน นับจาก ได้รับคำขอ (ระบุ ระยะเวลาที่

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
				เชียงใหม่	ให้บริการจริง) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสันทราย)
๔)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	๒ วัน	องค์การบริหารส่วนตำบลสันทราย อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่	(๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๒ วัน นับจากการออกตรวจสภาพความเป็นอยู่ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสันทราย)
๕)	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	องค์การบริหารส่วนตำบลสันทราย อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่	(๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๗ วัน นับแต่วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) ๒. ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณา ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติ หรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด)

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๓ วัน

๑๔. งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือ บัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงาน ของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๒)	ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อม สำเนา (กรณีผู้ ขอรับเงินเบี้ยยัง ชีพผู้ประสงค์ ขอรับเงินเบี้ยยัง ชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ชุด	-
๔)	หนังสือมอบ อำนาจ (กรณี มอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือ บัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงาน ของรัฐ ที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของ ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ ให้ดำเนินการ แทน)	-	๑	๑	ชุด	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยื่นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๖)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อม สำเนาของผู้รับ มอบอำนาจ (กรณีและผู้ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคารของ ผู้รับมอบอำนาจ)	-	๑	๑	ชุด	-

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

๑๖. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) **ช่องทางการร้องเรียน** งานรับแจ้งเรื่องราวร้องทุกข์ สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสันทราย
หมายเหตุ (๑๕๕ หมู่ที่ ๕ ต.สันทราย อ.พร้าว จ.เชียงใหม่ โทรศัพท์ ๐-๕๓๑๒-๓๐๓๙ ต่อ ๑๑ หรือ
www.sansaiphrao.go.th)
- ๒) **ช่องทางการร้องเรียน** ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ (เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th /
 ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

ทะเบียนเลขที่/.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์

เพื่อดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

ผู้ยื่นคำขอ แจ้งด้วยตนเอง

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

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

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลสันทราย.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ - - -

สถานภาพ โสด สมรส หย่าร้าง อื่น ๆ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา - มารดา

บุตร สามี - ภรรยา พี่น้อง อื่น ๆ.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ ตามนโยบายของรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

โดย วิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง

รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลายมือชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> ของ</p> <p>นาย/นาง/นางสาว/.....แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/>เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/>เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ</p> <p>ดังนี้.....</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลั่นทราย</p> <p>คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>
<p>คำสั่ง</p> <p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลั่นทราย</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยปะให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ผู้มีสิทธิ.....ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะได้รับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ เดือน..... ถึงเดือน..... ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

*** กรณีผู้ป่วยเอดส์ ย้ายที่อยู่ไปที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. จะถูกตัดสิทธิทันที ***

๑๙. หมายเหตุ