

งานที่ให้บริการ	การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง โทรศัพท์ : ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓ โทรสาร : ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น. และเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

-การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพของขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยผู้ป่วยเอดส์จะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๖ ได้แก่ ๑) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองแสง ๒) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

-ระยะเวลาในการยื่นคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ทั้งปี โดยทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสงจะแต่งตั้งพนักงานส่วนท้องถิ่นเข้าไปตรวจสภาพความเป็นอยู่ของผู้รับการสงเคราะห์ และได้รับการตรวจสอบและพิจารณาให้ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือทางองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสงจะโอนเงินสงเคราะห์ให้ในปัจุบันประมาณถัดไป

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑.ประชาสัมพันธ์การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดย อบต.หนองแสง รับคำร้องตลอดทั้งปี	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๒.ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติยื่นคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๓.เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา ๓ นาที)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๔.แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ (ระยะเวลา ๑ วัน)	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๕.นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสงอนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง
๖.คณะกรรมการตรวจสอบสภาพความ	กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

เป็นอยู่รายงานผลให้ผู้บริหารทราบ		องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง	
ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ (ต่อ)			
ขั้นตอน		หน่วยงานผู้รับผิดชอบ	
๗.นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสงอนุมัติ (ระยะเวลา ๔ นาที)		นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง	
๘.อบต.หนองแสง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์		กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง	
๙.ผู้ป่วยเอดส์รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพในปัจจุบันประมาณถัดไป (ตั้งแต่เดือนตุลาคม)		กองสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง	
ระยะเวลา			
-การยื่นคำขอ ใช้ระยะเวลา ๑๐ นาทีต่อราย -คณะกรรมการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ ใช้ระยะเวลา ๑๐ วัน			
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ			
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้			
๑.แบบคำขอรับการสงเคราะห์		จำนวน ๑ ชุด	
๒.เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้			
๒.๑ กรณีผู้ยื่นคำขอด้วยตนเอง			
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน		จำนวน ๑ ฉบับ	
-สำเนาทะเบียนบ้าน		จำนวน ๑ ฉบับ	
-สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ผู้ป่วยโรคเอดส์)		จำนวน ๑ ฉบับ	
-ใบแสดงการตรวจโรคของแพทย์ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์		จำนวน ๑ ฉบับ	
๒.๒ กรณีบุคคลอื่นเป็นผู้ยื่นคำขอแทน			
-สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน(ผู้ป่วยโรคเอดส์)		จำนวน ๑ ฉบับ	
-ใบแสดงการตรวจโรคของแพทย์ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์		จำนวน ๑ ฉบับ	
-สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ป่วยโรคเอดส์)		จำนวน ๑ ฉบับ	
-สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ผู้ป่วยโรคเอดส์)		จำนวน ๑ ฉบับ	
-หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ		จำนวน ๑ ชุด	
ค่าธรรมเนียม			
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการบริการ			
การรับเรื่องร้องเรียน			
ถ้าหากการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่สำนักปลัด			

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๑ และกอง
สวัสดิการสังคม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๓ - ๗๙๙๕๒๕ ต่อ ๑๓

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

ผู้ยื่นคำขอฯ ☐ แจ้งด้วยตนเอง
☐ ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอขึ้นทะเบียน
 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.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ☐

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ

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

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1 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 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีดอนมูล

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่นๆ.....

(นายวิระศักดิ์ ทองสมบูรณ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแสง

..... / /

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
 เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่
 หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน แขวง / ตำบล
 เขต / อำเภอ จังหวัด

ขอมอบอำนาจให้ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
 เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่
 หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน แขวง / ตำบล
 เขต / อำเภอ จังหวัด

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้พลัดพรากจากครอบครัว

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
 กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

ลงชื่อ พยาน
 (.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ เอกสารอื่นๆ.....