

คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เรื่อง การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ
ผู้ป่วยเอดส์

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ฝ่ายอำนวยการ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

ภายใต้ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว (ใบรับรองแพทย์ จะต้องระบุว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ /Aids เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์)
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติข้างต้นและความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่น ที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่

ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถดำเนินการมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยติดเชื้อ เอดส์/AIDs ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ (เอกสารต้องลงลายมือชื่อ สำเนาถูกต้องทุกฉบับ กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเขียนได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือแทน)
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบคุณสมบัติ
๓. เสนอคณะผู้บริหาร

ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน / หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้พิการ เอดส์ในพึงงบประมาณถัดไป หรือผู้รับ มอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสาร หลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำ ร้องขอลงทะเบียน และเอกสาร หลักฐานประกอบ	๑๐	นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด ทต.บ้านชีภูป่าหวาย	
๒)	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำ ขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน	๕	นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด ทต.บ้านชีภูป่าหวาย	

รวมระยะเวลา ๑๕ นาที

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว (ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน)

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	ใบรับรองแพทย์ระบุผู้ติดเชื้อเอดส์ /AIDs จากโรงพยาบาลรัฐ	-	๑	-	ชุด	-
๒)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓)	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	-	๑	๑	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยัง ชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ชุด	-
๔)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้ อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอ แทน)	-	๑	๑	ชุด	-
๕)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนาของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้แทน โดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณีที่คนพิการเป็น ผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือน ไร้ความสามารถ หรือคนไร้ ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบ ธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่ กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดง หลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว)	-	๑	๑	ชุด	-

เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

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

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ฝ่ายอำนวยการ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด เทศบาลตำบลบ้านชัยป่าหวาย	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลา ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด)

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

ช่องทางร้องเรียน

- ๑) ช่องทางการร้องเรียนของเทศบาลตำบลบ้านชัยป่าหวาย
โทร. ๐๓๒ ๗๓๑ ๘๖๔
- ๒) ช่องทางการร้องเรียน งานนิติการ สำนักปลัด เทศบาลตำบลบ้านชัยป่าหวาย
หมายเหตุ (เว็บไซต์ <https://baanchatpawai.go.th> / ทางไปรษณีย์ เทศบาลตำบลบ้านชัยป่าหวาย ๙๙/๙
หมู่ที่ ๑ ตำบลป่าหวาย อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี)

ขอบเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

ตัวอย่างแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕.....

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้น

ทะเบียน

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

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....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. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ

จากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

- ๒ -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ แล้ว

☐ เป็นผู้มิสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วน.....

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

กรรมการ

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

กรรมการ

กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่นๆ.....

(.....)

.....

..... / /