

คู่มือประชาชน

งานที่ให้บริการ	การรับลงทะเบียนเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลนาออก

ขอบเขตการให้บริการ	
--------------------	--

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนตำบลนาออก โทรศัพท์ : ๐๔๒-๖๒๐๙๗๖	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ
-การรับลงทะเบียนเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้ โดยจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ ๑.เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยแล้ว ๒.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาออก ๓.มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ -การยื่นคำขอเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมีความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ โดยให้แนบเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้ ๑.แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ๒.ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ ๒.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๓.สำเนาทะเบียนบ้าน ๔.สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือสำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ -ระยะเวลาในการยื่นคำขอ การลงทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ยื่นได้ทุกเดือน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้ป่วยเอดส์กรอกคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด ๒. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติยื่นคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด ๓. เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา ๒ นาที) ๔. ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่ (ระยะเวลา ๑ นาที) ๕. ออกตรวจสภาพความเป็นอยู่และพิจารณาคุณสมบัติของผู้ป่วยเอดส์ (ระยะเวลา ๕ วัน) ๖. จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณาอนุมัติ (ระยะเวลา ๑ วัน) ๗. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพในระบบสารสนเทศฯ ๘. จัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ๙. ดำเนินการเบิกจ่ายเงินเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ๑๐. รายงานผลการเบิกจ่ายเงินให้ผู้บริหารทราบ	งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ๗ วันต่อราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานประกอบ	จำนวน
๑. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	๑ ชุด
๒. เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้ -ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ -สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน -สำเนาทะเบียนบ้าน -สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	๑ ฉบับ ๑ ฉบับ ๑ ฉบับ ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการบริการ

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาออก หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๒-๖๒๐๔๗๖ หรือเว็บไซต์ : <https://www.nakok.org/intro>

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาออก

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....นาออก.....

อำเภอเนินคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร รหัสไปรษณีย์ ๔๙๑๓๐

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขรุขระทรุดโทรมมาก () ขรุขระทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

- () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

- () พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอกซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาออก

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....
เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดมุกดาหาร รหัสไปรษณีย์ ๔๙๑๓๐ โทรศัพท์.....โทรสาร.....
เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือ
เสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

() โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

แสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาออก

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....
เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น
ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้
() เป็นเงินสด
() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)