

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลบางจาก
ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
๑.งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายปกครอง สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลบางจาก โทรศัพท์ : ๐ ๙๕๓๔๙๔๗๗๗๙ โทรสาร : ๐ ๙๕๓๔๙๔๗๗๗๙	ช่วงเดือนตุลาคม – กันยายน (ทุกวันเวลาราชการ) วันจันทร์ – วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ	
- การลงทะเบียนเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้ โดยจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ ๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยแล้ว ๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางจาก ๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ - การยื่นคำขอเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์โดยให้แนบเอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้ ๑) แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ๒) ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยโรคเอดส์ ๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๔) สำเนาทะเบียนบ้าน ๕) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือสำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ	
ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติตามระเบียบฯ ลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ (ระยะเวลา ๑๐ นาที)	งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายปกครอง สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลบางจาก
๒. เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน ตรวจสอบเอกสารและคุณสมบัติของผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน (ระยะเวลา ๑๐ นาที)	งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายปกครอง สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลบางจาก
๓. เจ้าหน้าที่ออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์ (ระยะเวลา ๑ วัน)	คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๔. เสนอคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยเอดส์ (ระยะเวลา ๑ วัน)	งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายปกครอง สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลบางจาก
๕. เสนอนายกเทศมนตรีอนุมัติเป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (ระยะเวลา ๑ วัน)	งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายปกครอง สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลบางจาก
๖. เบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเบี้ยความพิการในเดือนถัดไปจากวันลงทะเบียน)	งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายปกครอง สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลบางจาก
ระยะเวลา	
ใช้ระยะเวลา ๕ วัน	
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
๑. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์	จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีผู้ขอรับเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)	จำนวน ๑ ฉบับ
๕. ใบรับรองแพทย์ จากโรงพยาบาลของรัฐ	จำนวน ๑ ฉบับ
๕. กรณีมอบอำนาจให้ผู้ผู้อื่นยื่นคำขอรับการสงเคราะห์แทน ให้แนบหลักฐานใบมอบอำนาจและบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ มายื่นต่อเจ้าหน้าที่ด้วย	จำนวน ๑ ชุด
ค่าธรรมเนียม	
ไม่เสียค่าธรรมเนียม	
การรับเรื่องร้องเรียน	
ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถร้องเรียนได้ที่ งานพัฒนาชุมชน ฝ่ายปกครอง สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลบางจาก โทรศัพท์ : ๐ ๗๕๓๘๙๗/๗๘ หรือ เว็บไซต์ http://www.bangjakcity.go.th	
ตัวอย่างแบบฟอร์ม	
(ตัวอย่างแบบฟอร์มและกรอกข้อมูลตามเอกสารแนบท้าย)	

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับ

ผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น

ชื่อ-สกุล(ผู้รับมอบอำนาจ)

เลขประจำตัวประชาชน - - - - - ที่อยู่

โทรศัพท์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ถนน.....

ตำบล.....บวจาก.....อำเภอ.....เมือง.....จังหวัด.....นครศรีธรรมราช.....รหัสไปรษณีย์.....๘๐๓๓๐

โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการ/ประชาชน ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ.....

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

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ

☐ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

☐ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

☐ มีอาชีพ (ระบุ)รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)

มีความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี ☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการกรอก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้มีความประพฤติดี ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติไม่ดี ดังนี้ (ลงชื่อ)..... () เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบางจาก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับลงทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับลงทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... () กรรมการ (ลงชื่อ)..... () กรรมการ (ลงชื่อ)..... ()
คำสั่ง ☐ รับลงทะเบียน ☐ ไม่รับลงทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... () นายกเทศมนตรีตำบลบางจาก วัน/เดือน/ปี.....	

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

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

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕..... โดยจะเริ่มรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่วันที่..... และจะรับในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นจะต้องไปยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลบางจาก

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....ถนน.....-.....

ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบลบางจาก อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

รหัสไปรษณีย์ ๘๐๓๓๐ ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม
ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ต.รอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว”
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)