**คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

**หน่วยงานที่ให้บริการ :** องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดกระทรวงมหาดไทย

**หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

 ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

 หลักเกณฑ์
 ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้
1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัย อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

 วิธีการ
 1. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
 2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
 3.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

**ช่องทางการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
|  **สถานที่ให้บริการ**ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน(หมายเหตุ: (ระยะเวลาเปิดให้บริการ 1 – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี))  | **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง) |

**ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

**ระยะเวลาในการดำเนินการรวม :** 13 วัน

| **ลำดับ** | **ขั้นตอน** | **ระยะเวลา** | **ส่วนที่รับผิดชอบ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) | **การตรวจสอบเอกสาร**ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ(หมายเหตุ: (1. ระยะเวลา : 45 นาที (ระบุระยะเวลาจริง)2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ สำนักงานปลัด อบต.เมืองทุ่ง อ.สุวรรณภูมิ จ.ร้อยเอ็ด))  | 45 นาที | องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด |
| 2) | **การพิจารณา**ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติ(หมายเหตุ: (1. ระยะเวลา : 15 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลเเมืองทุ่ง ))  | 15 นาที | องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด |
| 3) | **การพิจารณา**ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์(หมายเหตุ: (1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 3 วัน นับจากได้รับคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง))  | 3 วัน | องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด |
| 4) | **การพิจารณา**จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา(หมายเหตุ: (1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 2 วัน นับจากการออกตรวจสภาพความเป็นอยู่ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง))  | 2 วัน | องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด |
| 5) | **การพิจารณา**พิจารณาอนุมัติ(หมายเหตุ: (1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 7 วัน นับแต่วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)2. ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้บริหาร อบต.เมืองทุ่ง3. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณา ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติ หรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด))  | 7 วัน | องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด |

**รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ**

| **ลำดับ** | **ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** |
| --- | --- | --- |
| 1) | **บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา****ฉบับจริง** 1 ชุด**สำเนา** 1 ชุด**หมายเหตุ** - | กรมการปกครอง |
| 2) | **ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา****ฉบับจริง** 1 ชุด**สำเนา** 1 ชุด**หมายเหตุ** - | กรมการปกครอง |
| 3) | **สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)****ฉบับจริง** 1 ชุด**สำเนา** 1 ชุด**หมายเหตุ** - | - |
| 4) | **หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)** **ฉบับจริง** 1 ฉบับ**สำเนา** 0 ฉบับ**หมายเหตุ** - | - |
| 5) | **บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)****ฉบับจริง** 1 ชุด**สำเนา** 1 ชุด**หมายเหตุ** - | - |
| 6) | **สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)****ฉบับจริง** 1 ชุด**สำเนา** 1 ชุด**หมายเหตุ** - | - |

**ค่าธรรมเนียม**

| **ลำดับ** | **รายละเอียดค่าธรรมเนียม** | **ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)** |
| --- | --- | --- |
| 1) | **ไม่มี**(หมายเหตุ: -)  |  -  |

**ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ**

| **ลำดับ** | **ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ** |
| --- | --- |
| 1) | องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง ร้องเรียนผ่านทางจดหมาย , www.mueangthung.go.th , โทรศัพท์ 043611190(หมายเหตุ: -)  |
| 2) | ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี(หมายเหตุ: ( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))  |

**แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก**

| **ลำดับ** | **ชื่อแบบฟอร์ม** |
| --- | --- |
| แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ |

**แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

**แบบคำขอรับการสงเคราะห์**

ลำดับที่............./.............. วันที่...........เดือน...........................พ.ศ. ..............

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง

 ด้วย..........................................................................เลขประจำตัวประชาชน.................................................

เกิดวันที่.............เดือน..........................พ.ศ................ อายุ.................. ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.......................................ถนน…............................... ตรอก/ซอย.................................................... หมู่ที่........................... ตำบล.................................. อำเภอ................................................. จังหวัด.......................................................รหัสไปรษณีย์ .................................................. ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

 1. ที่พักอาศัย

 ( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรม ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร

 ( ) เป็นของ......................................................เกี่ยวข้องเป็น......................................................................................

 2 . ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระทาง..................................................สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก ..............................................................................................................................................

 อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.........................................................สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .............................................................................................................................................

 อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.................................สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .............................................................................................................................................

 3. การพักอาศัย

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

 ( ) พักอาศัยกับ ..................... รวม ............................คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน......................คน

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

 4. รายได้ – รายจ่าย

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

 นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....................................................................................................................................................

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

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

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

โทรศัพท์.........................................โทรสาร.............................................................เกี่ยวข้องเป็น........................................................

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

 ............................................................... ผู้ให้ถ้อยคำ
 (............................................................)

**หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์**

เขียนที่..........................................................

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

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า............................................................................................................เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ..................................................................ลำดับที่................................นั้น

 ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

 ( ) เป็นเงินสด

 ( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....................................สาขา.................................
 เลขที่บัญชี.....................................................................

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

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

**หนังสือมอบอำนาจ**

เขียนที่..........................................................

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

 เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองทุ่ง

ข้าพเจ้า......................................................................ขอมอบอำนาจให้...........................................เลขประจำตัวประชาชน......................................... อยู่บ้านเลขที่.........ถนน................. ตรอก/ซอย..........หมู่ที่.......... ตำบล……………………….. อำเภอ …………..…………… จังหวัด ……………….………… รหัสไปรษณีย์……………… โทรศัพท์........................ โทรสาร......................... เกี่ยวพันเป็น...................................................
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

 ( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

 ( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

 โดยให้จ่ายให้แก่.......................................................................................

 ( ) เป็นเงินสด

 ( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร...................................สาขา....................................

 เลขที่บัญชี.........................................................................................

 ( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ............................................................ผู้มอบอำนาจ
 (...........................................................)

ลงชื่อ............................................................ผู้รับมอบอำนาจ

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

ลงชื่อ............................................................พยาน

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

ลงชื่อ............................................................พยาน

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