

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานส่งเสริมสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ

งานส่งเสริมสวัสดิการและสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลเกาะเต่า

สถานที่ให้บริการ/ ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

งานส่งเสริมสวัสดิการและสังคม
สำนักปลัดเทศบาลตำบลเกาะเต่า
โทร ๐๗๗ - ๖๐๑ - ๙๘๑ -๒

วันจันทร์ – วันศุกร์
ตั้งแต่เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

- ๑.เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- ๒.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ๓.มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

วิธีการ

- ๑.ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะดำเนินการก็ได้

๒.ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัตินี้ว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

๓.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย่ำแย่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ หรือผู้ รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสาร หลักฐาน	๕ นาที	งานส่งเสริมสวัสดิการ และสังคม สำนักปลัด ชั้น๒	
๒.	เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำร้องขอ ลงทะเบียนและเอกสารหลักฐาน ประกอบ ออกใบนัดหมายตรวจ สภาพ ความเป็นอยู่	๕ นาที	งานส่งเสริมสวัสดิการ และสังคม สำนักปลัด ชั้น๒	
๓.	ตรวจสภาพ ความเป็น อยู่และ คุณสมบัติของผู้ที่ ประสงค์รับการ สงเคราะห์	๑ วัน	งานส่งเสริมสวัสดิการ และสังคม สำนักปลัด ชั้น๒	
๔.	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อม เอกสาร หลัก ฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอ ผู้บริหาร พิจารณา	๓ นาที	งานส่งเสริมสวัสดิการ และสังคม สำนักปลัด ชั้น๒	
๕.	ประกาศรายชื่อผู้ขอรับสิทธิรับเงิน สงเคราะห์	๑๕ วัน	งานส่งเสริมสวัสดิการ และสังคม สำนักปลัด ชั้น๒	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ จำนวน ๑ ชุด
๒. ทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ชุด
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร จำนวน ๑ ชุด (กรณีผู้ขอรับการสงเคราะห์รับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)
๔. หนังสือมอบอานาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด

๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ จำนวน ๑ ชุด ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)

๖. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ชุด (กรณีผู้ขอรับมอบอำนาจขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ตัวอย่างแบบฟอร์มตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๗

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลเกาะเต่า ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน

ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....หมายเลขบัตรประชาชน □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....เทศบาลตำบลเกาะเต่า.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล.....เกาะเต่า.....อำเภอ.....เกาะพะงัน.....จังหวัด.....สุราษฎร์ธานี.....รหัสไปรษณีย์.....๘๔๓๖๐.....

โทรศัพท์.....สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ อื่นๆ.....อาชีพ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....เกี่ยวข้องโดยเป็น.....โทรศัพท์.....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ ได้รับเบี้ยยังชีพความพิการ

☐ เคยได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่เมื่อวันที่.....)

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีการ ดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินผ่าน ☐ ธนาคารกรุงไทย)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ"

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจ

ยื่นคำขอเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๕

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลเกาะเต่า ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

☐ การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้มีสิทธิจะโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในอัตรา เดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

☐ ผู้ป่วยที่ยื่นคำขอลงทะเบียนรายใหม่ และผู้ป่วยที่ย้ายที่อยู่มาจากเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น จะเริ่มรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตั้งแต่วันที่.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: กรณีผู้ป่วยย้ายที่อยู่ไปอยู่ที่อื่นในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ จะต้องไปยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนนั้นๆ เพื่อรักษาสถานะให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในเดือนนั้นๆ

โปรดกรอกรายละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน