คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : เทศบาลตำบลบางจะเกร็ง

กระทรวง:กระทรวงมหาดไทย

---

1. **ชื่อกระบวนงาน**:การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน**:สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม
3. **ประเภทของงานบริการ**:กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ**:รับแจ้ง
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง**:

1) *ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2548*

6. **ระดับผลกระทบ**: บริการทั่วไป
7. **พื้นที่ให้บริการ**: ท้องถิ่น
8. **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา** -

   ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ 0วัน
9. **ข้อมูลสถิติ**

   จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน0

   จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

   จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
10. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ 22/05/2558 16:47
11. **ช่องทางการให้บริการ**

1) ***สถานที่ให้บริการ*** เทศบาลตำบลบางจะเกร็ง 3 / 4 หมู่ 2 ต สมุทรสงคราม.เมือง ฯ จ.บางจะเกร็ง อ. / *ติดต่อด้วยตนเองณหน่วยงาน*

   ระยะเวลาเปิดให้บริการ (*ไม่เว้นวันหยุดราชการ*) *ตั้งแต่เวลา* 08:30 - 16:30 *น.* (*มีพักเที่ยง*)

   หมายเหตุ (*ระยะเวลาเปิดให้บริการ* 1 – 30 *พฤศจิกายนของทุกปี*)

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

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อ

ผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ลำเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นณที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

3.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	45 นาที	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(1. ระยะเวลา : 45 นาที (ระบุระยะเวลาจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแท่น
2)	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	15 นาที	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(1. ระยะเวลา : 15 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแท่น
3)	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	3 วัน	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 3 วันนับจากได้รับคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ เทศบาล.....(ระบุชื่อ) / องค์การบริหารส่วนตำบล.....(ระบุชื่อ) /

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
					เมืองพัทยา)
4)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	2 วัน	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 2 วันนับจากการออกตรวจสภาพความเป็นอยู่ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ เทศบาล.....(ระบุชื่อ) / องค์การบริหารส่วนตำบล .....(ระบุชื่อ) / เมืองพัทยา)
5)	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	7 วัน	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	(1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 7 วันนับแต่วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. ผู้รับผิดชอบคือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณา

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
					ได้แก่สภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติหรือข้อจำกัดด้านงบประมาณ จะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด)

ระยะเวลาดำเนินการรวม 13 วัน

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
2)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงิน	-	1	1	ชุด	-

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	ฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)					
4)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	1	0	ฉบับ	-
5)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	1	1	ชุด	-
6)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับ	-	1	1	ชุด	-

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	เงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)					

15.2) **เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

16. **ค่าธรรมเนียม**

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

17. **ช่องทางการร้องเรียน**

1) **ช่องทางการร้องเรียน** เทศบาลตำบลบางจะเกร็ง 3 / 4 หมู่ 2 ต สมุทรสงคราม.เมือง ฯ จ.บางจะเกร็ง อ. 75000 โทรศัพท์ 034-713964 034-723749 www.bangjakreng.go.th

18. **ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก**

ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบคำขอรับการชดเชยค่าจ้าง

สำเนาเลขที่...../..... วันที่.ด.ป.....เดือน..... .....

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรสาคร

.....แบบขอรับการชดเชย.....ด้วย

เกิดวันที่.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ .....อายุ .....ด.ป.....เดือน.....

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

.....รหัสไปรษณีย์.....ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินชดเชยค่าจ้าง เนื่องการจังหวัดสมุทรสาครปิดชั่วคราว โดยขอให้จ่ายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่นักงานค้าง [ ] เป็นของตนเอง และมีภาระดูแล ผู้พิการดูแลได้ถูก [ ] ผู้พิการดูแลได้ถูก [ ] บางส่วน

[ ] มั่นคงการงาน [ ] เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่นักงานค้างอยู่ห่างจากบ้านพักฉังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยางสามารถเดินทางได้.....

[ ] สะดวก หมู่บ้านเป็น/อยู่ห่างจากชุมชน ..... ลำบาก เนื่องจาก [ ] ไม่.....ระยะทางสามารถเดินทางได้ [ ] สะดวก .....ลำบาก เนื่องจาก [ ] อยู่ห่างจากพื้นที่ระบบสิทธิการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง[ ] สามารถเดินทางได้..... สะดวก [ ] ลำบาก

เนื่องจาก .....

๓. การนักงานค้าง [ ] อยู่เป็นงานนั่ง เนื่องจาก.....นายจ้าง.....

.....คน มีรายได้รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน..... รวม..... นักงานค้าง [ ] เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้/บางเนื่องจาก.....

๔ รายได้ .– รายจ่าย มีรายได้รวม.....เดือน แหล่งที่มาของรายได้/บาท.....

หักไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ข้อมูล

[.....]

หนังสือแจ้งความประสงค์ในการจับเงินของเครื่องดื่ม

เขียนที่.....

วันที่.เดือน.....เดือน..... .....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิให้ใช้บริการตั้งเครื่องดื่ม.....
นั้น.....ตำบล.....ตั้งเครื่องดื่มที่บริการ

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการจับเงินตั้งเครื่องดื่ม ดังนี้

เป็นเงินสด [ ]

.....สาขา.....โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร [ ]
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเห็นควรดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

[.....]

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.ค.ศ.....เดือน..... .....

เลขที่ ๙๓๑๑๑

[.....]

[illegible].....

.....] .....]