

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลกู่ทอง อำเภอเขียงยืน

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

-
๑. ชื่อกระบวนการ : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
 ๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : องค์การบริหารส่วนตำบลกู่ทอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
 ๓. ประเภทของบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
 ๔. หมวดหมู่ของงานบริการ : ขึ้นทะเบียน
 ๕. กฎหมายที่ใช้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง
 - ๑) กฎกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘
 ๖. ระดับผลกระทบ:บริการทั่วไป
 ๗. พื้นที่ให้บริการ:ท้องถิ่น
 ๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา กฎกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย/ข้อกำหนด ๐ วัน
 ๙. ข้อมูลสถิติ
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐
 ๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน(สำเนาคู่มือประชาชน) การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
 - ๑๑.
 - ๑๒.
 ๑๓. ช่องทางการให้บริการ
 - ๑) สถานที่ให้บริการ องค์การบริหารส่วนตำบลกู่ทอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๖๐
โทร ๐๔๓-๙๘๘๐๙๘/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
 - ๒) ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึงวันศุกร์(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.
 ๑๔. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต
ไม่มีข้อมูลหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการยื่นคำขอ

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลกู่ทอง อำเภอเขียงยืน

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

.....

๑๕. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์พร้อมเอกสารประกอบกรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอได้ด้วยตนเองอาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะดำเนินการแทนได้	๑ นาที	งานพัฒนาชุมชน	
๒	การตรวจเอกสาร	เจ้าหน้าที่ตรวจเอกสารและข้อเท็จจริงเบื้องต้น	๒ นาที	งานพัฒนาชุมชน	
๓	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเสนอผู้บริหาร	๒๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน	
๔	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ	ให้การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ	๒ นาที	งานพัฒนาชุมชน	

ระยะเวลาการดำเนินงานรวม ๓๐ นาที

เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

๑๖. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้วยังไม่ผ่านการดำเนินงานลดขั้นตอน

๑๗. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๗.๑ เอกสารยื่นตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยื่นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	บัตรประจำตัวประชาชน	กระทรวงมหาดไทย	๑	๑	ฉบับ	-
๒	สำเนาทะเบียนบ้าน	กระทรวงมหาดไทย	๑	๑	ฉบับ	-

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง อำเภอเขียงยืน

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

.....

๑๗.๒ เอกสารอื่นๆสำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่น ตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑	สมุดเงินฝากธนาคาร สำเนาพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ฉบับ	-
๒	ใบรับรองแพทย์	-	๑	๑	ฉบับ	-

๑๘. ค่าธรรมเนียม

ไม่มียื่นค่าธรรมเนียม

๑๙. ช่องทางการร้องเรียน

- ช่องทางการร้องเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง อำเภอเขียงยืน มหาสารคาม ๔๔๑๖๐ ๐๔๓-๔๘๘๐๔๘

หมายเหตุ-

- ช่องทางการร้องเรียนศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ (ลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐/สายด่วน ๑๑๑๑/WWW.๑๑๑๑.go.th/
ตู้ ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๓๐)

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลกุ๋ทอง

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลกุ๋ทอง อำเภอเขียงยืน

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

.....

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง อำเภอเขียงยืน

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

.....

-๒-

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช./ด.ญ./นาย/ นาง/ น.ส. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ -□□□□-□□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายไวพจน์ ลาตาสา) ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวน้ำฝน คำชาย) ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสุภาภรณ์ บางสำโรง) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (นางสาวดาวัน ทะสา) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง วัน/เดือน/ปี.....	

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลลูกทอง อำเภอเขียงยืน

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

.....

ทะเบียนเลขที่ /

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน
 ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)
 เลขที่ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ - - -
 ที่อยู่..... โทรศัพท์

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

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

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
 ชื่อ..... นามสกุล.....
 เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน
 เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ - - -
 สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
 รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท
 บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกมา ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ (จากโรงพยาบาลของรัฐ)

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงาน
 ของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลกู่ทอง

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลกู่ทอง อำเภอเขียงยืน

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

.....

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลลูกทอง อำเภอเขียงยืน

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

.....

ทะเบียนเลขที่ /

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน
 ผู้ยื่นคำขอ ๑ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน
 ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)
 เลขที่ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ - - -
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

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

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
 ชื่อ..... นามสกุล.....
 เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน
 เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ - - -
 สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
 รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท
 บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือกมา ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมเอกสารดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ (จากโรงพยาบาลของรัฐ)

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงาน
 ของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง อำเภอเขียงยืน

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

.....

-๒-

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช./ด.ญ./นาย/ นาง/ น.ส. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ -□□□□-□□□□□□-□□-□ ☐ เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ☐ เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายไวพจน์ ลาตาสา) ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวน้ำฝน คำชาย) ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสุภาภรณ์ บางสำโรง) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (นางสาวดาวัน ทะสา) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งทอง วัน/เดือน/ปี.....	

คู่มือสำหรับประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลกุ้ทอง

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลกุ้ทอง อำเภอเขียงยืน

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

.....