



คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่ให้บริการ : งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลนาดี



สำนักงานเทศบาลตำบลนาดี
อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่ให้บริการ : งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลนาดี

หลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอและในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้สำเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถ

ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเทศบาลตำบลนาดี ณ ที่ทำการเทศบาลตำบลนาดีด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักปลัดเทศบาล สำนักงานเทศบาลตำบลนาดี อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู 39270 โทรศัพท์ : 0 4200 5245 ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	เปิดให้บริการ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 7 วัน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบ อำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐาน ประกอบ	30 นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลนาดี
2	การตรวจสอบเอกสาร ออกใบนัดหมายตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และ คุณสมบัติ	10 วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลนาดี
3	การพิจารณา การตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ ประสงค์รับการสงเคราะห์ เพื่อพิจารณาอนุมัติ	1 วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลนาดี
4	การพิจารณา จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	2 วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลนาดี
5	การพิจารณา พิจารณาอนุมัติ	7 วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลนาดี

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรที่ ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐพร้อม สำเนา	กรมการ ปกครอง	1	1	ฉบับ	(พร้อมลง นามรับรอง สำเนา ถูกต้อง)
2)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	"
3)	ใบรับรองแพทย์	โรงพยาบาล	1		ฉบับ	
4)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนา	-	1	1	ชุด	"

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
4)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบ อำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	1	0	ฉบับ	
5)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตร อื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่ มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบ อำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-	1	1	ชุด	
6)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ ผู้ขอรับเงินเบี้ยฯ ผ่านธนาคารของ ผู้รับมอบอำนาจ)	-	1	1	ชุด	

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดหนองบัวลำภู
- 2) ช่องทางการร้องเรียน เทศบาลตำบลนาดี อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู
59 หมู่ที่ 11 ตำบลนาดี อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู โทร. 0 4200 5245

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการครองชีพผู้ป่วยเอดส์(H.I.V.)

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนาดี

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่
.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

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

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

๒. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน

๓. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

..... ผู้ขอรับการช่วยเหลือ

(.....)

ความเห็น

.....

.....ผู้พิจารณา

(นายเด่น วรระลีย์)
ปลัดเทศบาลตำบลนาดี

ความเห็น

.....

.....ผู้พิจารณาอนุมัติ

(นายฤชาชัย สาจันทร์)
นายกเทศมนตรีตำบลนาดี