

คู่มือสำหรับประชาชน

คู่มือ การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลแพงใหญ่

อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ **การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ **งานสวัสดิการและสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลแพงใหญ่**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

๑. สำนักงานปลัดฯ องค์การบริหารส่วนตำบลแพงใหญ่

โทรศัพท์: ๐-๔๕๘๔-๒๒๒๒

โทรสาร : ๐-๔๕๘๔-๒๒๒๓

เว็บไซต์ : http://www.pheangyai.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

(ไม่พักเที่ยง)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๑. ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลแพงใหญ่

๓. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน	งานสวัสดิการและสังคม สำนักปลัด อบต.แพงใหญ่
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบคุณสมบัติ ใช้ระยะเวลา ๑๐ นาที	
๓. เสนอคณะผู้บริหาร	

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบรับรองแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีที่ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
๕. หนังสือมอบอำนาจ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ กรณียื่นคำขอแทน จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

๑. **ช่องทางการร้องเรียน :** สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลแพงใหญ่ โทรศัพท์: ๐ ๔๕๘๔ ๒๒๒๒

หมายเหตุ : องค์การบริหารส่วนตำบลแพงใหญ่ เลขที่ ๑๐๔ หมู่ ๖ ต.แพงใหญ่ อ.เหล่าเสือโก้ก จ.อุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

๒. **ช่องทางการร้องเรียน :** http://www.pheangyai.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

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

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

๑. ที่พักอาศัย ( ) เป็นของตนเอง

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

และมีลักษณะ ( ) มั่นคงถาวร ( ) ชำรุดทรุดโทรม ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน

๒. การพักอาศัย ( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

( ) พักอาศัยกับ .....รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจาก

.....

.....

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

นำไปใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

.....

.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....ถนน.....
ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อย

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....

สาขา.....เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
ตรอก/ซอย.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....
ขอมอบอำนาจให้.....เลขประจำตัวประชาชน.....
อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....หมู่ที่..... ตำบล.....
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....
เป็นผู้มีอำนาจ.....แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้น ให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของข้าพเจ้า และเพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจต่างได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

แจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

ยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)