

คู่มือสำหรับบริการประชาชน

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอีสาณเขต

อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

กระทรวงมหาดไทย

งานที่ให้บริการ

การขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ (เบี้ยเอดส์) ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย จะได้รับเงินช่วยเหลือรายละ ๕๐๐ บาทต่อเดือน โดยผู้ป่วยสามารถยื่นลงทะเบียนได้ที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล หรือ อบต.) ตามภูมิลำเนาในทะเบียนบ้าน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

 งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอีสาณเขต

ประเภทของงานบริการ

 กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

หมวดหมู่ของงานบริการ

 รับแจ้ง

กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาตหรือเกี่ยวข้อง

 ๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

 ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ขอบเขตการให้บริการ สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอีสานเขต โทรศัพท์ : ๐๔๔-๑๙๒-๕๓๙	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ น. – ๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ น. – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาหรือมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ
๓. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยและรับรองจากแพทย์มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้



อัตราเงินเบี้ยความพิการ

- ได้รับเงิน ๕๐๐ บาท/เดือน



เอกสารที่ต้องเตรียม

๑. กรณีไปยื่นคำขอด้วยตนเอง

๑. ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) จากโรงพยาบาลรัฐหรือสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งระบุชัดเจนว่าเป็น "ผู้ป่วยเอดส์" (ไม่ใช่แค่ติดเชื้อ HIV)
๒. บัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมสำเนา)
๓. ทะเบียนบ้าน (พร้อมสำเนา)
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (พร้อมสำเนา) สำหรับให้เจ้าหน้าที่โอนเงินเข้าบัญชี (ส่วนใหญ่ใช้บัญชี ธ.ก.ส. หรือธนาคารที่ท้องถิ่นกำหนด)

หมายเหตุ : ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร ให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนได้ โดยผู้รับมอบอำนาจต้องเตรียมบัตรประจำตัวประชาชนของตนเอง และหนังสือมอบอำนาจไปด้วย

๒. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นแทน

- หนังสือมอบอำนาจ (ติดต่อขอรับแบบฟอร์มได้ที่กองสวัสดิการสังคม อบต.อีสานเขต)
- ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) จากโรงพยาบาลรัฐหรือสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งระบุชัดเจนว่าเป็น "ผู้ป่วยเอดส์" (ไม่ใช่แค่ติดเชื้อ HIV)
- บัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้าน ของทั้ง ผู้มอบอำนาจ และ ผู้รับมอบอำนาจ (ตัวจริง พร้อมสำเนา /รับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ชุด)
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ของผู้ป่วยเอดส์ (ตัวจริง พร้อมสำเนา /รับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ชุด)



สถานที่ขึ้นทะเบียน



กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอีสานเขต



ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ยื่นคำขอ: คนพิการเดินทางไปยื่นคำขอลงทะเบียนด้วยตนเอง (หรือผู้รับมอบอำนาจ) ณ หน่วยงานรัฐตามที่อยู่ในทะเบียนบ้าน
๒. ตรวจสอบข้อมูล: เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสาร หากถูกต้องครบถ้วนจะออก "ใบรับการลงทะเบียน" ให้
๓. การรับเงิน:
ได้รับเงิน ๕๐๐ บาท/เดือน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลาดำเนินการ	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑.ยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียน	๑ นาที	งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม
๒.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม	๓ นาที	งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม
๓. ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑ นาที	งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม
๔.เสนอเอกสารหลักฐานการขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ต่อผู้บริหารตามลำดับขั้น	๑ วัน	งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม

เงื่อนไข

: กรณีไม่สะดวกไปยื่นด้วยตนเอง สามารถทำหนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นไปดำเนินการแทนได้

ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้พิการได้ที่

สามารถติดต่อได้ที่ งานพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลอีสานเขต
(ในวันและเวลาราชการ)



กรณีย้ายภูมิลำเนา

ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ใน เขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อีก ครั้งณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย เอดส์ ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น



ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท/ร้อยละ)
๑.	เป็นการลงทะเบียนครั้งเดียว โดยไม่มีค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน	ไม่มีค่าธรรมเนียม



ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ
๑.	องค์การบริหารส่วนตำบลอีสานเขต ๑๘๑ หมู่ที่ ๙ บ้านตะโกสิงห์ ตำบลอีสานเขต อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ ๓๑๑๑๐ โทรศัพท์/โทรสาร ๐๔๔ ๑๙๒ ๕๓๔ (กองสวัสดิการสังคม โทร ๐๔๔ ๑๙๒ ๕๓๙) esanket.go.th , https://www.esanket.go.th

ตัวอย่าง แบบฟอร์มและคู่มือการลงทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../๒๕.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕.....

ผู้ยื่นคำขอฯ ☐ แจ้งด้วยตนเอง

☐ ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่นๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา-มารดา ☐ บุตร ☐ สามเณร-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มี

สิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ แล้ว

☐ เป็นผู้มีส่วนได้เสีย

☐ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วน.....

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

.....
(.....) (.....) (.....)
กรรมการ กรรมการ กรรมการ

คำสั่ง

☐ รับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน

☐ อื่นๆ.....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

..... / /

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ เกี่ยวพันเป็น
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร เลขที่ ออกให้ ณ
เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
โทรศัพท์

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ เกี่ยวพันเป็น
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร เลขที่ ออกให้ ณ
เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด โทรศัพท์

เป็นผู้มีอำนาจ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว”
จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกรมมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

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

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง

และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)