คู่มือสำหรับประชาชน : การรับลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยฯ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม

งานที่ให้บริการ การขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยฯ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม ตำบลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี โทร ๐-๓๒๔๘-๓๑๐๑ ต่อ ๑๕ โทรสาร ๐-๓๒๔๘-๓๑๐๑ ต่อ ๒๒

ส่วนงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม ตำบลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ช่องทางการให้บริการ

- กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม ตำบลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลมตามทะเบียนบ้าน

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ในการขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยฯ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน ระยะเวลา ๓ นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.บ้านแหลม
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ ระยะเวลา ๒ นาที	กองสวัสดิการสังคม อบต.บ้านแหลม
๓.ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ ระยะเวลา ๑ วัน	กองสวัสดิการสังคม อบต.บ้านแหลม

ระยะเวลา

ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ๑ วัน ต่อราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอลงทะเบียนการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ดังนี้

๑. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ
ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง จำนวน ๑ ฉบับ

๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา
(กรณีที่กำหนดให้เข้าบัญชีเงินฝาก) จำนวน ๑ ชุด

๔. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ
(กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด

๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของ ผู้รับมอบอำนาจ
(กรณีที่กำหนดให้เข้าบัญชีของผู้รับมอบอำนาจ) จำนวน ๑ ชุด

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการรับลงทะเบียน

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียน คัดค้านได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม

โทร ๐-๓๒๔๘-๓๑๐๑ ต่อ ๑๕ โทรสาร ๐-๓๒๔๘-๓๑๐๑ ต่อ ๒๒

เว็บไซต์ www.banlaem.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์มและการกรอกข้อมูล

แบบคำขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

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

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม

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

๑. ที่พักอาศัย ( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ขำรุดทรุดโทรม ( ) ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคง ถาวร ( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒ . ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระทาง ..... สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....อยู่ห่างจากขุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

๓. การพักอาศัย ( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ .....

( ) พักอาศัยกับ..... .....รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน ..... คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก..... .....

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า .....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ..... สถานที่ติดต่อเลขที่ ..... หมู่ที่.....

ถนน ..... ตรอก/ซอย ..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ผู้ให้ถ้อยคำ.....

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... .....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่..... นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการขอรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

( ) เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม

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

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

( ) เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อบริการประชาชน
(กระบวนงาน การขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยฯ)

งานการบริการผู้ป่วยฯ

๑. เอกสาร/หลักฐานการอ้างอิง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๒. แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ

ผู้ที่ประสงค์จะขอการขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยฯหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน	๓ นาที/ราย
⇩	
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๒ นาที/ราย
⇩	
ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	๑ วัน

สรุป กระบวนงานบริการ ๓ ขั้นตอน รวมระยะเวลา ๑ วัน ๕ นาที

เพื่อความสะดวก เอกสารที่ต้องเตรียมมา

๑. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่กำหนดให้เข้าบัญชีเงินฝาก) จำนวน ๑ ชุด
๔. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด
๕. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของ ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่กำหนดให้เข้าบัญชีของผู้รับมอบอำนาจ) จำนวน ๑ ชุด

สถานที่ติดต่อ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม
โทร ๐-๓๒๔๘-๓๑๐๑ ต่อ ๑๕
โทรสาร ๐-๓๒๔๘-๓๑๐๑ ต่อ ๒๒

รับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ **ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแหลม**
โทร ๐-๓๒๔๘-๓๑๐๑ ต่อ ๑๕ โทรสาร ๐-๓๒๔๘-๓๑๐๑ ต่อ ๒๒
เว็บไซต์ www.banlaem.go.th