

คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
เรื่อง การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



งานสวัสดิการสังคม สำนักงานปลัด
องค์การบริหารส่วนตำบลลักษณะพิเศษ อําเภอภูพาน
จังหวัดสกลนคร
โทร. ๐๔๒-๐๘๙๕๓๗
www.kokplasiew.go.th

คำนำ

องค์การบริหารส่วนตำบลลอกกลาชิว งานสวัสดิการสังคม มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลลากชิว และ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับ บุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๙ ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่อง ดังกล่าวองค์การบริหารส่วนตำบลลอกกลาชิว จึงได้จัดทำคู่มือการยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลลอกกลาชิว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วน หนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับรวมทั้ง ทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและ ประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

งานสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลลอกกลาชิว

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑

มาตรฐานการปฏิบัติงานการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

๒

ตัวอย่างแบบฟอร์มและการกรอกข้อมูล

๖

คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

งานที่ให้บริการ	การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลกอกปลาชีว

ขอบเขตการให้บริการ

มาตรฐานการปฏิบัติงาน

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

สำนักปลัด
องค์การบริหารส่วนตำบลกอกปลาชีว
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๒-๐๙๘๘๓๗

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ)
ตั้งแต่เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๒.๐๐ และ ๑๓.๐๐ –
๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบ และมีความประสงค์จะขอรับการสงค์เคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงค์เคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงค์เคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ในการขอรับการสงค์เคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลหรือกันดารต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ที่ได้รับการพิจารณา ก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์ รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงค์ เคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือกันดารยกต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามวินัยแห่ง
ระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์ประกอบของส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

มาตรฐานการให้บริการ

ขั้นตอนและระเบียบการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน ต่อองค์การ
บริหารส่วนตำบลกงกลาชิว (ระยะเวลา ๑๐ นาที)

สำนักปลัด

๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานประกอบการ
ยื่นคำขอ (ระยะเวลา ๑๐ นาที)

สำนักปลัด

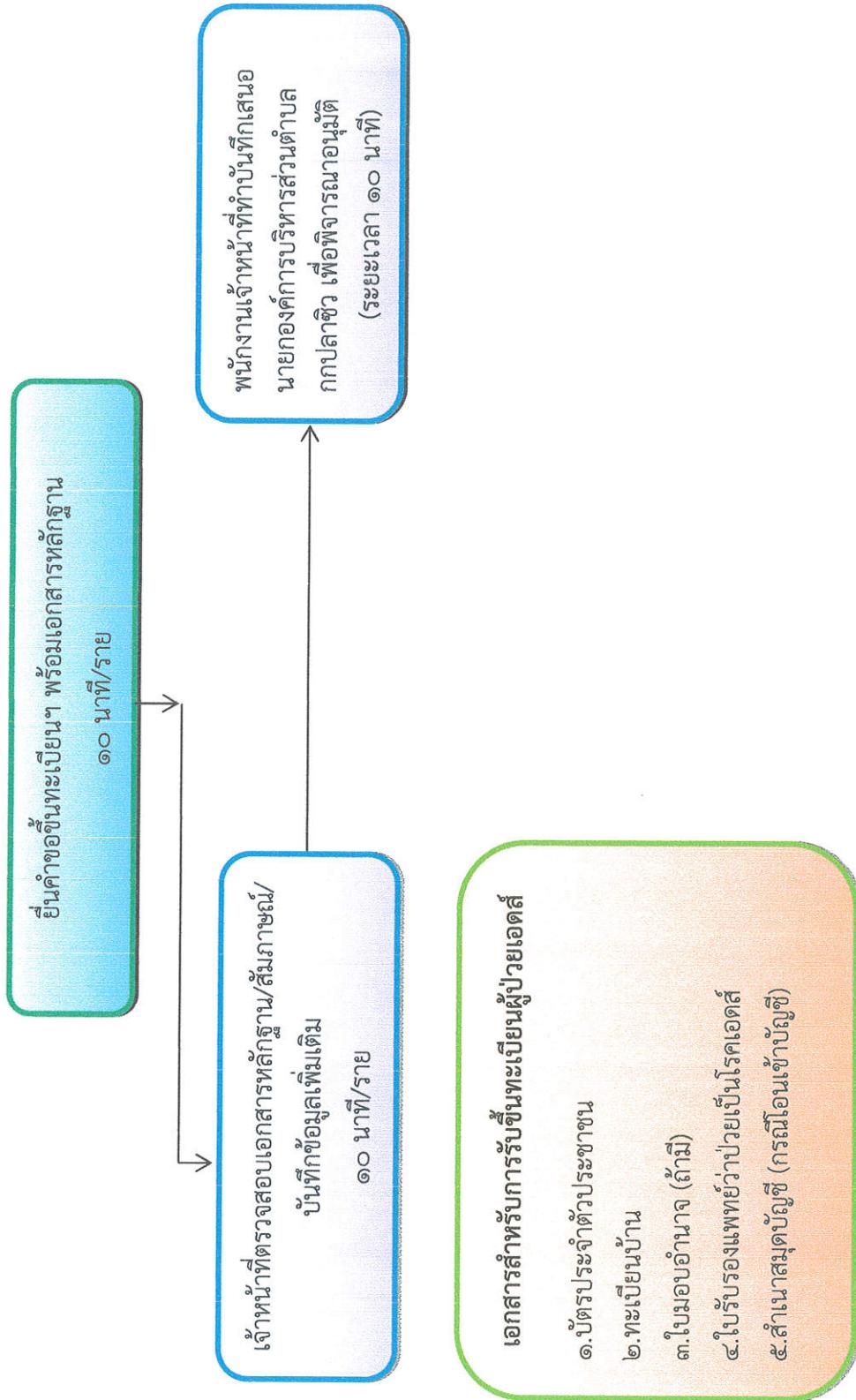
๓. พนักงานเจ้าหน้าที่ทำบันทึกเสนอรายกองค์การ
บริหารส่วนตำบลกงกลาชิว เพื่อพิจารณาอนุมัติ
(ระยะเวลา ๑๐ นาที)

สำนักปลัด

ระยะเวลา

ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอได้ตลอดปีงบประมาณ
ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการไม่เกิน ๓๐ นาทีต่อราย

แผนผังแสดงจังหวัดต่อแต่งกายและภาระทางการปฏิบัติราชการ
(การรับปั้นทะเบียนผู้ป่วยเอกสาร)



ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ การเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. จัดทำทะเบียนคุมประจำเดือน เอกสารประกอบ

การเบิกจ่ายเงินและบันทึกข้อความเสนอผู้บังคับบัญชา

สำนักปลัด

อนุมัติ (ระยะเวลา ๒ วัน)

๒. จัดทำภารกิจเบิกจ่ายเงิน ตรวจภารกิจ/จัดทำเช็คเบิกเงิน

(ระยะเวลา ๒ วัน)

สำนักปลัด/กองคลัง

๓. การรับเงิน

๓.๑ รับเงินผ่านธนาคาร ส่งเอกสารธนาคาร

กองคลัง

รับเงินได้ไม่เกิน ๑ วันทำการ

๓.๒ รับเงินสดภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน

สำนักปลัด

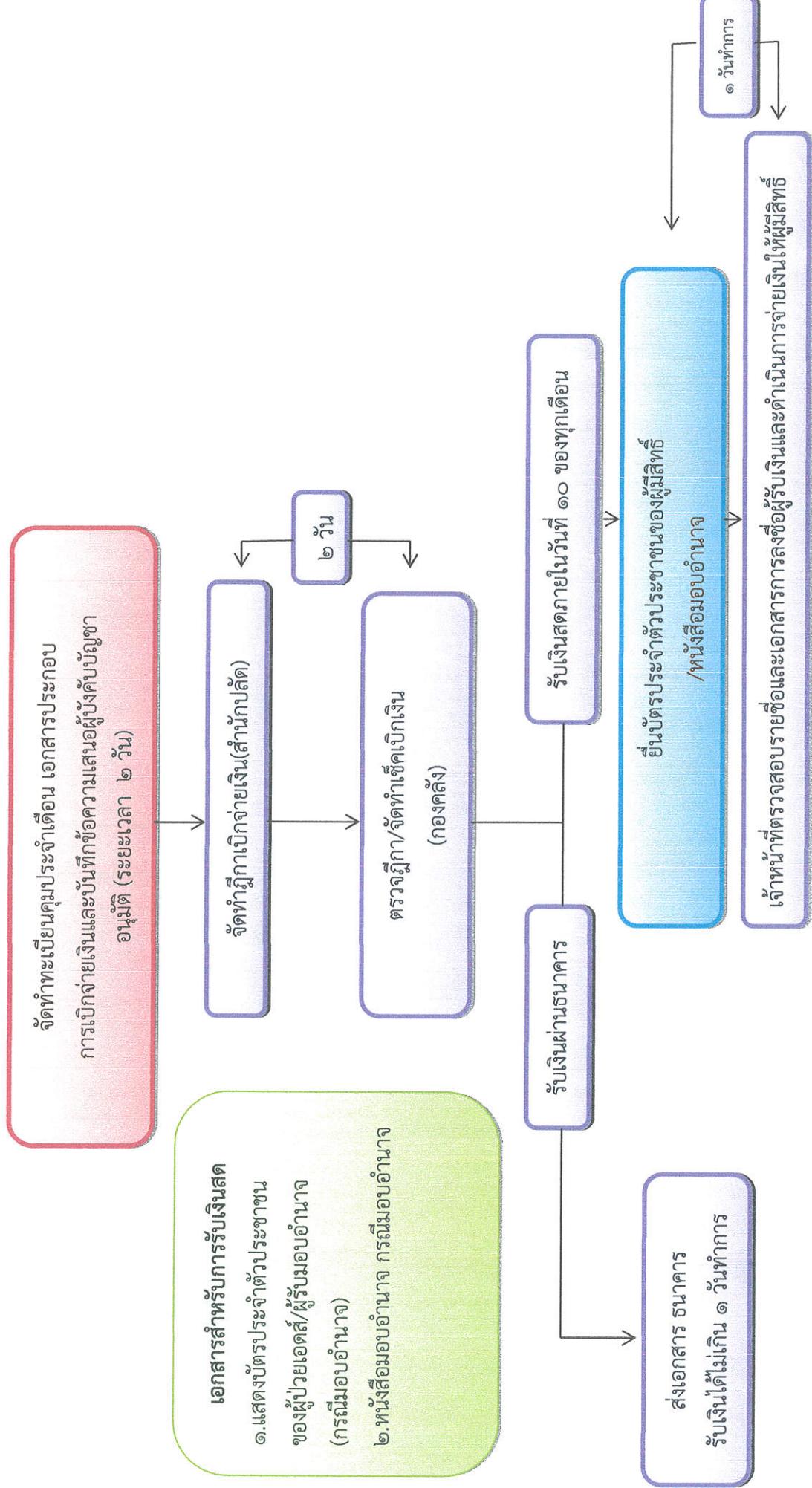
โดยยื่นบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ์/หนังสือมอบอำนาจ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบรายชื่อและเอกสารการลงทะเบียนผู้รับเงิน

และดำเนินการจ่ายเงินให้ผู้มีสิทธิ์ (ระยะเวลา ๑ วันทำการ)

ແພນ້າງສັດຈິນທອນແລກຮຽນຍະເວລາກາປົກປີເທົາຂາກ
(ການເບີກ-ຈ່າຍປົກສູ່ຜູ້ປ່າຍອດສີ)

-៥-



เอกสารหลักฐานประกอบคำขอลงทะเบียนการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

๑. ใบรับรองแพทย์ที่แสดงว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ชุด
๒. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย จำนวน ๑ ชุด
๓. ทะเบียนบ้านพร้อม จำนวน ๑ ชุด
๔. สมุดบัญชีธนาคาร (กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ชุด
๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด
๖. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์
ผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) จำนวน ๑ ชุด

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการรับลงทะเบียน

การรับเรื่อร้องเรียน

ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ นายก
องค์การบริหารส่วนตำบลกปลากขาว หรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลกปลากขาว ณ องค์การ
บริหารส่วนตำบลกปลากขาว หรือหมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๒-๐๘๙๙๗๗

ตัวอย่างแบบฟอร์มและการกรอกข้อมูล

แบบคำขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....
 ผู้ยื่นคำขอ [] แจ้งตัวยศตนเอง
 [] ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับ^{กับ}
 ผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียน
 ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ..... นามสกุล.....
 เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี สัญชาติ.....
 มีชื่อยูในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จัง
 ถนน..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
 หมายเลขอัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....
 บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....
 เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดามารดา บุตร สามี-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ
 มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ..... โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบ
 อำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแบบเอกสาร ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณี
ยื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

นายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

- เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ
ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว
 เป็นผู้มีศักยภาพด้าน^{.....}
 เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกบ bla ชิว

- คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้
 สมควรรับเข้าห้องเปียน
 ไม่สมควรรับเข้าห้องเปียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

- รับเข้าห้องเปียน
 ไม่รับเข้าห้องเปียน
 อื่นๆ
-
-

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกบ bla ชิว

..... / /