



คู่มือสำหรับประชาชน

ชื่อกระบวนการ “การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์”



องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตอง
อำเภอเวียง จังหวัดนครพนม
ปี พ.ศ. 2567

คู่มือสำหรับประชาชน เรื่อง การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานที่ให้บริการ	การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักปลัด งานสวัสดิการสังคม

การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ดำเนินการโดยอาศัยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และตามหนังสือสั่งการของกระทรวงมหาดไทย

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

๔. ได้รับการรับรองและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์**

**ต้องวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์แล้วเท่านั้น หากแต่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV จะยังไม่ถือว่าเป็นสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพตามระเบียบนี้

เอกสารหลักฐานที่ใช้สำหรับการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา
๓. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
๔. สมุดเงินฝากบัญชีธนาคารพร้อมสำเนา

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนด้วยตนเองได้ ท่านสามารถฝากเอกสาร หลักฐานให้แก่ผู้อื่นได้โดยลงลายมือชื่อหรือรอยนิ้วมือลงบนเอกสารยืนยันสำเนาเอกสารหลักฐานให้กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตง

กรณีผู้ป่วยไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคาร สามารถใช้สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้อื่นได้ โดยเซ็นหนังสือมอบอำนาจมาให้พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและเอกสารหลักฐานซึ่งกล่าวมาทั้งหมดในข้างต้น

ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทำการยื่นเอกสารให้กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตงแล้ว ทางองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตงจะดำเนินการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่ามีคุณสมบัติในการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วทางองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตงจะนำรายชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติ หลังจากผู้บริหารท้องถิ่นทำการอนุมัติและผู้ป่วยได้ทำการขึ้นทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเป็นจำนวนเงิน ๕๐๐ บาทต่อเดือน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

- ๑.ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- ๒.บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย



- ๓.ทะเบียนบ้านของผู้ป่วย



- ๔.บัญชีธนาคารของผู้ป่วยหรือผู้รับมอบอำนาจในการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ธนาคารใดก็ได้



*๕.หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณีที่ประสงค์ให้บุคคลอื่นรับเงินสงเคราะห์ฯ แทน)

ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอลงทะเบียนขอรับเงิน สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอพร้อม เอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบเอกสารหลักฐานให้ เรียบร้อย	๑๐	นาที	งานสวัสดิการ สังคม สำนักปลัด อบต.แม่ตอง	
๒)	การพิจารณา	- ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่น คำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน - จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสาร หลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอ ผู้บริหารพิจารณา - พิจารณาอนุมัติ	๒๐	นาที	งานสวัสดิการ สังคม สำนักปลัด อบต.แม่ตอง	

รวมระยะเวลา ๓๐ นาที

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักปลัด งานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตอง	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลา ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด)

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

ช่องทางร้องเรียน

- ๑) ช่องทางการร้องเรียนขององค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตอง
โทร. ๐๗๓-๖๕๙๒๔๘
- ๒) ช่องทางการร้องเรียน งานนิติการ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตอง
หมายเหตุ สายด่วน-สายตรงนายก อบต. ๐๘๗ ๘๘๙ ๙๗๖๒ / เว็บไซต์ <http://www.maedong.go.th> /
ทางไปรษณีย์ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ตอง อำเภอเวียง จัหวัดนราธิวาส)

ขอบเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และตามหนังสือสั่งการของกระทรวงมหาดไทย

ตัวอย่างแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

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

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)
 รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้
 มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
 สำเนาทะเบียนบ้าน
 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
 (.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

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

- เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน
- เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วน.....

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สมควรรับขึ้นทะเบียน
- ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

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

คำสั่ง

- รับขึ้นทะเบียน
- ไม่รับขึ้นทะเบียน
- อื่นๆ.....

(.....)
 นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....
 / /

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร
เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่ อยู่
บ้านเลขที่ 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

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ
ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือมอบอำนาจยื่นรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

วันที่ เดือน พ.ศ. ที่

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

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

/
(

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

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 () ชำรุดทรุดโทรม () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร
 () เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....
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.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลคำให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

ผู้ให้ข้อมูล

(.....)