



คู่มือหรือแนวทางการขอรับบริการสำหรับผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อ
กระบวนการงานการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เทศบาลตำบลเมืองเก่า
อำเภอเสาไห้ จังหวัดสระบุรี



คู่มือสำหรับประชาชน

๑. ชื่อกระบวนการ

การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่ให้บริการ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลเมืองเก่า

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

(๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา

ขั้นตอนการดำเนินการ

(๑) ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

(๒) ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่า สมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

(๓) กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

(๒) วิธีการ ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ	ส่วนงานที่รับผิดชอบ
๑	<u>การตรวจสอบเอกสาร</u> ผู้ขอรับบริการ/ผู้มาติดต่อ/ผู้ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ หรือหรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๔๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลเมืองเก่า อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ	ส่วนงานที่รับผิดชอบ
๒	<u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน ออกใบนัดหมายตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๓๐ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลเมืองเก่า อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี
๓	<u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์(ผู้ขอรับบริการ)	๑ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลเมืองเก่า อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี
๔	<u>การพิจารณา</u> เจ้าหน้าที่จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	๒ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลเมืองเก่า อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี
๕	ผู้บริหารพิจารณาอนุมัติ/เจ้าหน้าที่แจ้งผู้ขอรับบริการทราบ	๒ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลเมืองเก่า อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี

(๓) ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ รวม ๖ วัน

(๔) ช่องทางให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลเมืองเก่า อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี

ระยะเวลาเปิดให้บริการ – เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ นาฬิกา – ๑๖.๓๐ นาฬิกา ไม่มีพักเที่ยง

ช่องทางการให้บริการออนไลน์ E-service One Stop Service ที่เว็บไซต์ หน่วยงาน

www.muangkaocity.go.th เมนู E-service <https://muangkaocity.oss.in.th/public/>

ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำบริการ

๑. ทาง เว็บไซต์เทศบาลตำบลเมืองเก่า www.muangkaocity.go.th

๒. ทาง Facebook เทศบาลตำบลเมืองเก่า / Line เทศบาลตำบลเมืองเก่า <http://lin.ee/ZZeNz๗m>

๓. ที่สำนักงานเทศบาลตำบลเมืองเก่า โทรศัพท์ ๐-๓๖๖๗-๙๗๕๔ ต่อ ๑๑ โทรสาร ๐ ๓๖๖๗-๑๗๑๙

๔.ทางไปรษณีย์ เลขที่ ๓๓/๓ หมู่ที่ ๓ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี ๑๘๑๖๐

๕. E-Service เมนู E-service <https://muangkaocity.oss.in.th/public/>

(๕) ค่าธรรมเนียม ไม่มีค่าธรรมเนียม

(๒) รายการเอกสาร หลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ

๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายฉบับจริง
๒. สำเนาทะเบียนบ้านฉบับจริง
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพประสงค้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)
๔. หนังสือมอบอำนาจ(กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๖. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์โอนเงินผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)
๗. ใบรับรองแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ปรากฏอาการ (เก็บเป็นเอกสารลับ)

ตัวอย่างแบบคำขอรับการสงเคราะห์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองเก่า

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ (ผู้ป่วยเอดส์) โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขรุขระทรุดโทรมมาก () ขรุขระทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัย อยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ.....รวม.....คน 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.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)