

# คู่มือ

## การขอรับการสงเคราะห์

### ผู้ป่วยเอดส์





## คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่ให้บริการ : องค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

### หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง ได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

### หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต่องานเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทางไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา

### วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่องานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทางไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่องานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

### ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
องค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง เลขที่ ๑๒ หมู่ที่ ๒ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ **ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน หมายเหตุ :	เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

วิธีการขั้นตอนในการให้บริการ ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑๓ วัน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑.	<b>การตรวจสอบเอกสาร</b> ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ	๒๐ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.ดินแดง
๒.	<b>การพิจารณา</b> ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติ	๑๐ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.ดินแดง
๓.	<b>การพิจารณา</b> ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	๓ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.ดินแดง
๔.	<b>การพิจารณา</b> จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	๒ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.ดินแดง
๕.	<b>การพิจารณา</b> <b>พิจารณาอนุมัติ</b> หมายเหตุ: ๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๗ วัน นับแต่วันที่ยื่นคำขอ ๒. ผู้พิจารณา คือ นายกเทศมนตรีตำบลห้วยน้ำขาว ๓. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณา ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติ หรือขอจำกัดดานงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด	๗ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.ดินแดง

## รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑.	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา - ชุด หมายเหตุ:	กรมการปกครอง
๒.	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา - ชุด หมายเหตุ:	กรมการปกครอง
๓.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร พร้อมสำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงิน ประสงค์ขอรับเงิน ผ่านธนาคาร) ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๑ ชุด หมายเหตุ: ผู้ยื่นคำขอรับรองสำเนาถูกต้อง	-
๔.	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๐ ฉบับ	-
๕.	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา - ชุด หมายเหตุ:	
๖.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๑ ชุด หมายเหตุ: ผู้ยื่นคำขอรับรองสำเนาถูกต้อง	-
๗.	หนังสือรับรองแพทย์ที่ได้ดำเนินการวินิจฉัยแล้ว ฉบับจริง ๑ ชุด สำเนา ๐ ชุด หมายเหตุ:	-

**ค่าธรรมเนียม**

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / รอยละ)
	ไม่มีค่าธรรมเนียม	

**ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ**

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑.	ศูนย์บริการประชาชนองค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง เลขที่ ๑๒ หมู่ที่ ๒ ตำบลดินแดง อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ เบอร์โทรสำนักงาน ๐๗๕-๘๑๘๖๐๖ เว็บไซต์ <a href="http://www.dindang.go.th">www.dindang.go.th</a> Page facebook. องค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง ต.ดินแดง อ.ลำทับ

**แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก**

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
	รับแบบฟอร์มได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง

**ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่**

ชื่อออกกระบวนงาน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนงาน: สำนักส่งเสริมพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ประเภทของงานบริการ: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง

กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

๑). ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ระดับผลกระทบ:บริการทั่วไป

พื้นที่ให้บริการ: เขตองค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง

กฎหมายข้อบังคับ/ขอตกลงที่กำหนดระยะเวลา : -ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ: ๐.๐

ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : การขอรับสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์