



คู่มือการสำหรับผู้รับบริการ การรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

โดย

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเคาะเปี้ยว
อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

คำนำ

งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปื๊ยะมีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปื๊ยะ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าวโดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ดังนั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้ยึดถือปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการบริการประชาชนในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปื๊ยะจึงได้จัดทำคู่มือการคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

นักพัฒนาชุมชน งานสวัสดิการและสังคม

องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปื๊ยะ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. ชื่องาน	๑
๒. วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ	๑
๓. ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ	๑
๔. ช่องทางให้บริการ	๑
๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๑
๖.รายการเอกสารหลักฐาน	๑-๒
๗.ภาคผนวก	๓-๖

การขอรับการสงเคราะห์รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ชื่องาน : การขอรับการสงเคราะห์รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๒. วิธีการขั้นตอนการขอรับบริการ

ขั้นตอนการให้บริการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นเอกสารที่ใช้ในการขอรับการสงเคราะห์รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย
 - ๑.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นใดที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและหมายเลขบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๑.๓ ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐบาล จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๑.๔ สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี)
 - ◆ กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
 - ◆ กรณีผู้อื่นยื่นเอกสารแทนผู้ป่วยเอดส์
 - ผู้รับมอบอำนาจติดต่อ ณ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ โดยมีส่วนหนังสือมอบอำนาจตัวจริง พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ฉบับ
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบคุณสมบัติ

๓. ระยะเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการ

- ระยะเวลาในการดำเนินการดำเนินการรวม ๑๐ นาที
- ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินในเดือนถัดไป

๔. ช่องทางการให้บริการ

- ◆ องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ  ติดต่อด้วยตนเอง/มอบอำนาจ
- ◆ ระยะเวลาเปิดบริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (เดือนมกราคม – ธันวาคมของทุกปี) ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๕. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : มหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๖. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ

- ◆ ผู้ป่วยเอดส์ยื่นเอกสารที่ใช้ในการขอรับการสงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
 ๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายและ หมายเลขบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
 - ๓ ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐบาล จำนวน ๑ ฉบับ
 ๔. สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) จำนวน ๑ ฉบับ
- ◆ ผู้อยื่นเอกสารแทนผู้ป่วยเอดส์
 ๑. หนังสือมอบอำนาจตัวจริง จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ฉบับ

-ตัวอย่างแบบฟอร์ม-

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖.....

แบบคำขอสละสิทธิรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่อ
อยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....
ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล ย่านตาขาว อำเภอ ย่านตาขาว จังหวัด ตรัง
รหัสไปรษณีย์ ๙๒๑๔๐ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□
ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอยู่ในปัจจุบัน จากตำบลย่านตาขาว อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง เดือนละ
.....บาท

มีความประสงค์ขอสละสิทธิรับเงินรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือนถัดจากเดือนที่ได้แจ้งความ
ประสงค์เป็นต้นไป

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ กรณีแจ้งด้วยตนเอง : สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
☐ กรณีแจ้งมอบอำนาจ : หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและ
ผู้รับมอบอำนาจ

“ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ).....
ชื่อ).....

(ลง

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ตัวอย่างแบบฟอร์มแบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

ถนน.....-..... ตรอก/ซอย.....-..... หมู่ที่.....

ตำบลย่านตาขาว อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง รหัสไปรษณีย์ ๙๒๑๔๐ ขอแจ้งความประสงค์
ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ – รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเกาะเปี่ยม

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองการบริหารส่วนตำบลเกาะเปาะ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ขอมอบอำนาจให้.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่า
ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

() ยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ ผู้ป่วยเอดส์ ☐ คนพิการ ☐ ผู้สูงอายุ

() เป็นผู้ที่มีอำนาจในการ ☐ รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ รับเงินเบี้ยความพิการ

☐ รับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์

แทนข้าพเจ้า โดยจ่ายให้ผู้รับมอบอำนาจ

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือน
ว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)