

**คู่มือสำหรับประชาชน
(คู่มือกลางสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)**

| | |
|----------------------|---|
| งานที่ให้บริการ | การขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ |
| หน่วยงานที่รับผิดชอบ | องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งงาม |

ขอบเขตการให้บริการ

| สถานที่ช่องทางการให้บริการ | ระยะเวลาเปิดให้บริการ |
|--|--|
| องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งงาม สำนักงานปลัด (นักพัฒนาชุมชน) | วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ในเวลาราชการ |

หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2558

- มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ไปรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยโรงพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- ได้รับความเห็นชอบจากคณะผู้บริหารเทศบาล

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

| ขั้นตอน | หน่วยงานผู้รับผิดชอบ |
|---|--|
| 1. ผู้พิการมาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่(ระยะเวลาไม่เกิน 2 นาที) | องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งงาม สำนักงานปลัด (นักพัฒนาชุมชน) |
| 2 .เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลาไม่เกิน 5 นาที) | องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งงาม สำนักงานปลัด (นักพัฒนาชุมชน) |
| 3. ขึ้นทะเบียนคนพิการ (ระยะเวลาไม่เกิน 3 นาที) - เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติ - ประกาศรายชื่อผู้ที่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ | องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งงาม สำนักงานปลัด (นักพัฒนาชุมชน) |

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 10 นาที/ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ/ ผู้สูงอายุ

| | |
|--|--------------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ที่เป็นปัจจุบัน) | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. ใบรับรองแพทย์ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. กรณีที่ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร - สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร | จำนวน 1 ฉบับ |
| 5. กรณีมีความจำเป็นที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนได้ - หนังสือมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร | จำนวน 1 ฉบับ |
| - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |
| - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ติดต่อได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งงาม สำนักปลัด (นักพัฒนาชุมชน) หมายเลขโทรศัพท์ 053-644529 ต่อ 101

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

-แบบคำขอลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ภาคผนวก (3)



ขั้นตอนขั้นตอนเพื่อขอรับเงิน
สงเคราะห์เพื่อการยั้งชีพผู้ป่วยเอดส์



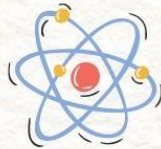
สำนักปลัด



ผู้ป่วยมาแสดงตน
ต่อเจ้าหน้าที่ (2 นาที)

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ
เอกสารหลักฐานที่
เกี่ยวข้องและตรวจ
สอบคุณสมบัติ
(5 นาที)

ประกาศรายชื่อผู้ที่มี
สิทธิ์ได้รับเงิน
สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล
ขึ้นทะเบียนคนพิการ
(5 นาที)

รอรับสิทธิเบี้ย
สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
ในเดือนถัดไป
(500 บาท/เดือน)



เอกสารหลักฐาน

- 1.เอกสารรับรองแพทย์ จำนวน 1 ชุด
- 2.สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน
ผู้ป่วย จำนวน 1 ชุด
- 3.สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน
ผู้ดูแล (กรณีมายื่นแทน) จำนวน 1 ชุด
- 4.หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมายื่นแทน)
จำนวน 1 แผ่น
- 5.สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีโอนเงินเข้า
บัญชี) จำนวน 1 แผ่น



สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ สำนักปลัด อบต.ป่าแกว
053-709582 ต่อ 111