

คู่มือสำหรับประชาชน กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่าไม้รวก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

งานที่ให้บริการ	การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่าไม้รวก
ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลท่าไม้รวก โทร.032-473931 ต่อ 105	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 12.00 น. และเวลา 13.00 น. - 16.30 น.
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ	
<p>-การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 โดยผู้ป่วยเอดส์จะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ 6 ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลท่าไม้รวก 2) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ <p>-ระยะเวลาในการยื่นคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ทั้งปี โดยทางเทศบาลตำบลท่าไม้รวกจะแต่งตั้งพนักงานส่วนท้องถิ่นเข้าไปตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้รับการสงเคราะห์และได้รับการตรวจสอบและพิจารณาให้ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือทางเทศบาลตำบลท่าไม้รวกจะโอนเงินสงเคราะห์ให้ในปีงบประมาณถัดไป</p>	
ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. ประชาสัมพันธ์การรับคำขอการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์โดยเทศบาลตำบลท่าไม้รวกรับคำร้องตลอดทั้งปี	กองสวัสดิการสังคม
2. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติยื่นคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด	กองสวัสดิการสังคม

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ (ต่อ)	
ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
3.เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา 3 นาที)	กองสวัสดิการสังคม
4.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ (ระยะเวลา 1 วัน)	กองสวัสดิการสังคม
5.นายกเทศมนตรีตำบลท่าไม้รวกอนุมัติ (ระยะเวลา 1 วัน)	กองสวัสดิการสังคม
6.ผู้ป่วยเอดส์รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพในเดือนถัดไป	กองสวัสดิการสังคม
ระยะเวลา	
-การยื่นคำขอ ใช้ระยะเวลา 10 นาทีต่อราย -การตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ ใช้ระยะเวลา 5 วัน	
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
1.แบบคำขอรับการสงเคราะห์ จำนวน 1 ชุด	
2.เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้	
2.1 กรณีผู้ยื่นคำขอด้วยตนเอง	
-บัตรประจำตัวประชาชน	
-บัตรประจำตัวคนพิการ	
-ทะเบียนบ้าน	
-สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร	
-ใบแสดงการตรวจโรคของแพทย์ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์	

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ (ต่อ)
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้
2.2 กรณีบุคคลอื่นเป็นผู้ยื่นคำขอแทน
-บัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วยโรคเอดส์
-ทะเบียนบ้านผู้ป่วยโรคเอดส์
-สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารผู้ป่วยโรคเอดส์
-หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชน ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
ค่าธรรมเนียม
ไม่มีค่าธรรมเนียมในการบริการ
การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าหากการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักปลัดและกองสวัสดิการสังคม หมายเลขโทรศัพท์ 032-473931 ต่อ 105
ตัวอย่างแบบฟอร์ม
แบบคำขอรับการสงเคราะห์

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....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 สามี-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

(.....) (.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว

เป็นผู้มิสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลชะมาย

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

.....

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

.....

(นายธนาเดช ทองธนบดีกุล)

นายกเทศมนตรีตำบลท่าไม้รวก

วันที่.....เดือนพ.ศ.

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่.....เดือนพ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้ถือบัตร

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

เขต / อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

เขต / อำเภอ จังหวัด

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ ข้าพเจ้าขอ
รับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

ลงชื่อพยาน
(.....)

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- เอกสารอื่นๆ.....