

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหลักเมือง

๑. ชื่อกระบวนงาน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน: กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหลักเมือง
๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:  
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘
๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ: กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหลักเมือง
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -  
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ    ๐ วัน
๙. ข้อมูลสถิติ  
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน    ๐  
จำนวนคำขอที่มากที่สุด    ๐  
จำนวนคำขอน้อยที่สุด    ๐
๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ๒๒/๐๕/๒๕๕๘ ๑๖:๔๗
๑๑. ช่องทางการให้บริการ
  - ๑) สถานที่ให้บริการ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหลักเมือง  
โทรศัพท์ : ๐๓๒-๓๒๒๘๘๒ ต่อ ๑๐๙ ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน
  - ๒) ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)  
ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (ไม่มีพักเที่ยง)
๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต  
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘  
กำหนดให้ผู้เอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อ  
ผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้  
อุปการะมาดำเนินการก็ได้
- หลักเกณฑ์**  
ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้
  ๑. เป็นผู้เอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
  ๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ เทศบาลตำบลหลักเมือง
  ๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้เอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา
- วิธีการ**
  ๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อผู้บริหารท้องถิ่น ณ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหลักเมือง ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

**๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้อง ขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๔๕ นาที	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลหลักเมือง	๑. ระยะเวลา : ๔๕ นาที ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือกองสาธารณสุขฯเทศบาลตำบลหลักเมือง
๒)	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลหลักเมือง	๑. ระยะเวลา : ๑๕ นาที ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือกองสาธารณสุขฯเทศบาลตำบลหลักเมือง
๓)	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	๓ วัน	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลหลักเมือง	๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๓ วันนับจากได้รับคำขอ ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือกองสาธารณสุขฯเทศบาลตำบลหลักเมือง
๔)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	๒ วัน	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลหลักเมือง	๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๒ วันนับจากการออกตรวจสภาพความเป็นอยู่ ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือกอง

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
					สาธารณสุขเทศบาลตำบลหลักเมือง
๕)	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลหลักเมือง	๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๗ วันนับแต่วันที่ยื่นคำขอ ๒. ผู้รับผิดชอบคือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณาได้แก่สภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติหรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๓ วัน

๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว  
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๒)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่มีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ชุด	-
๔)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	๐	ฉบับ	-
๕)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	๑	๑	ชุด	-

ที่	รายการเอกสาร ยื่นยื่นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๖)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อม สำเนาของผู้รับ มอบอำนาจ (กรณีและผู้ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคารของ ผู้รับมอบอำนาจ)	-	๑	๑	ชุด	-

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่มีเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

๑๖. คำธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ช่องทางการร้องเรียน แจ้งผ่านหน่วยดำรงธรรมเทศบาลตำบลหลักเมือง

หมายเหตุ (เลขที่ ๓๕๙ หมู่ ๓ ตำบลโคกหม้อ อำเภอเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี ๗๐๐๐๐ /

โทรศัพท์ ๐๓๒-๓๒๒๘๘๒ ต่อ ๑๐๖ / www.luxmuanng.go.th)

๒) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ( เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th /

ตู้ปณ.๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐)

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

แบบท้ายภาคผนวก

แบบคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์

วันที่พิมพ์	21 กรกฎาคม 2558
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	ลงชื่อ (นายดิณณภพ ระย้าแก้ว.....)
อนุมัติโดย	ลงชื่อ (นายดิณณภพ ระย้าแก้ว.....)
เผยแพร่โดย	นายดิณณภพ ระย้าแก้ว

## แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลหลักเมือง

ด้วยข้าพเจ้า.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน

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

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้  
รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

### 1. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรมมาก ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวรดี

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....

- ที่พักอาศัยห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก

- อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก

- ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก

### 2. การพักอาศัย

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

( ) พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน/ปี มีผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้.....คน

เนื่องจาก.....

### 3. อาชีพ และรายได้

ข้าพเจ้า มีรายได้.....บาท/เดือน/ปี โดยมีรายได้จาก.....

บุคคลในครอบครัวมีรายได้.....คน รวม.....บาท/เดือน/ปี แหล่งที่มาของรายได้.....

รายได้นำไปจ่ายเป็นค่า.....

4. บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อ เลขที่.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทำให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....