

คู่มือสำหรับประชาชน
(คู่มือกลางสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลสูงเขั่ว)

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบลสูงเขั่ว

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลสูงเขั่ว	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐--๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับบริการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (๑) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๓) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา

วิธีการ

- ๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
- ๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
- ๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

- ๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
- ๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
- ๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ระยะเวลา					
ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการ บริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงาน ที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การ ตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการ สงเคราะห์หรือผู้รับมอบ อำนาจ ยื่นคำขอ พร้อม เอกสารหลักฐาน และ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอ ลงทะเบียน และเอกสาร หลักฐานประกอบ	๔๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด	(๑. ระยะเวลา : ๔๕ นาที หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลลุงเขว้า
๒)	การ พิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสอบสภาพ ความเป็นอยู่ และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด	(๑. ระยะเวลา : ๑๕ นาที (๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลลุงเขว้า
๓)	การ พิจารณา	ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และ คุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับ การสงเคราะห์	๓ วัน	คณะกรรมการ ตรวจสอบคุณสมบัติ ผู้รับเบี้ยยังชีพของ องค์การบริหารส่วน ตำบลลุงเขว้า	(๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๓ วัน นับ จากได้รับคำขอ (๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลลุงเขว้า
๔)	การ พิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อม เอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหาร พิจารณา	๔ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด	(๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๔ วัน นับ จากการออกตรวจสอบสภาพความ เป็นอยู่ (๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลลุงเขว้า
๕)	การ พิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น	(๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๗ วัน นับ แต่วันที่ยื่นคำขอ (๒. ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการ พิจารณา ได้แก่ สภาพความ เป็นอยู่ คุณสมบัติ หรือข้อจำกัด ด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้อง ที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่ กำหนด)

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๕วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑ แบบคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	จำนวน	๑	ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	จำนวน	๑	ฉบับ
๓. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา	จำนวน	๑	ฉบับ
๔..สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารออมสิน	จำนวน	๑	ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น หรือเมื่อประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิไม่ปรากฏรายชื่อผู้ลงทะเบียนขอรับเงิน เบี้ยความพิการ สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนคัดค้านได้ที่ สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลุงเขว้า หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๔-๗๕๖๔๖๑-๒ หรือ ทางเว็บไซต์ www.lungkhwao.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- (๑) แบบคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- (๒) แบบหนังสือมอบอำนาจ
- (๓) ตัวอย่าง การกรอกเอกสารคำขอลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- (๔) ตัวอย่าง การกรอกหนังสือมอบอำนาจ