



คู่มือประชาชน
เรื่อง การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



งานพัฒนาชุมชน
องค์การบริหารส่วนตำบลโคกใหญ่
อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย

คู่มือประชาชน เรื่อง การขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

งานที่ให้บริการขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลโคกใหญ่ อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางให้บริการ

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วน
ตำบลโคกใหญ่ อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย ๔๒๐๐๐

โทร. ๐๔๒-๘๑๐-๗๐๓

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

(ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

หลักเกณฑ์...ตรวจสอบคุณสมบัติตัวเอง ตามรายการดังนี้

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาล
ของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโคกใหญ่

๓. ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์/AIDs เท่านั้นหากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกัน
บกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

วิธีการ...ขั้นตอนยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. ยื่นแบบฟอร์มขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๒. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๓. บัตรประจำ ตัวประชาชนฉบับจริง

๔. ทะเบียนบ้านฉบับจริง

๕. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ประเภทออมทรัพย์)

*หมายเหตุ ๑. กรณีคนผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมายื่นคำขอขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเอง ให้มอบอำนาจให้ผู้ดูแลยื่น
คำขอแทน และ ต้องนำหลักฐานของผู้ป่วยเอดส์ และผู้รับมอบอำนาจมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

๒. กรณีได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว และได้ย้ายเข้ามาในเขตพื้นที่ตำบลโคกใหญ่ต้องมาขึ้น
ทะเบียนที่องค์การบริหารส่วนตำบลโคกใหญ่ เพื่อใช้สิทธิรับเงินอย่างต่อเนื่อง

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา ไปอยู่ในเขตองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์การปกครอง
ส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ ใหม่ ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์ จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนา เท่านั้น

ขั้นตอนระยะเวลาการให้บริการ

๑. การตรวจเอกสาร ผู้ที่ประสงค์ที่จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- ยื่นแบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์พร้อมเอกสาร
- เจ้าหน้าที่ตรวจสอบแบบค าขอขึ้น ทะเบียนและเอกสารประกอบ

(๕ นาที)

๒. การพิจารณา

- ลงระบบสารสนเทศ การจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ออกใบยื่นแบบคำขอลงทะเบียน แก่ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ที่รับมอบอำนาจ

(๑๐ นาที)

รวมระยะเวลา ๑๕ นาที งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตร อื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๒. ทะเบียนบ้านฉบับจริงพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ

๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบ อำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ

๕. บัตรประจำ ตัวประชาชนหรือบัตร อื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับ มอบ อำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด

๖. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อม สำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพคนพิการผ่านบัญชีธนาคารของผู้รับ มอบอำนาจ) จำนวน ๑ ฉบับ

ขอบเขตการให้บริการ/ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

ผู้ยื่นคำขอฯ [] แจ้งด้วยตนเอง [] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....
กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกใหญ่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ทะเบียนบ้านเลขที่.....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 สามเณร-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

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

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ

จากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

สำเนาทะเบียนบ้าน

ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุก
ประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

(.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □□□□ - □□□□□□ - □□ - □ แล้ว

- เป็นผู้มีส่วนสิทธิครบถ้วน
- เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโคกใหญ่

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

- สมควรรับขึ้นทะเบียน
- ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

.....

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

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

คำสั่ง

- รับขึ้นทะเบียน
- ไม่รับขึ้นทะเบียน
- อื่นๆ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

..... / /

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่ ออกให้ ณ เมื่อวันที่
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล
เขต/อำเภอ จังหวัด..... โทรศัพท์

ขอมอบอำนาจให้ เกี่ยวพันเป็น
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร เลขที่ ออกให้ ณ
เมื่อวันที่ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
โทรศัพท์

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ ข้าพเจ้าขอ
รับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง
ทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)