

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานบริหารทั่วไป สำนักปลัด เทศบาลตำบลบ่อกรู

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

- สำนักปลัด เทศบาลตำบลบ่อกรู
โทรศัพท์ ๐๓๕-๕๗๕๑๐๐
- เว็บไซต์ www.bokru-sm.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
(ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐)

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ

- ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่เขตเทศบาลตำบลบ่อกรู
- กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

- ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน (๕ นาที)
- เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ (๑๐ นาที)
- เสนอคณะผู้บริหาร (๐.๕ วัน)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

สำนักปลัด เทศบาลตำบลบ่อกรู

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน (กรณีหลักฐานครบถ้วน)

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ใบรับรองแพทย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักปลัด เทศบาลตำบลบ่อกรู โทรศัพท์ : ๐๓๕-๕๗๕๑๐๐ หรือ

เว็บไซต์ : www.bokru-sm.go.th

แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ (รายใหม่)

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

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

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเองและมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. อยู่ห่างจากชุมชน / หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

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

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

มีรายได้รวม.....บาท / เดือน ผู้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท / เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

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

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

๕. คุณสมบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ฯ

มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ ถูกทอดทิ้ง

ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศมนตรีตำบลมะขามคู่ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน ประธานกรรมการ(ลงชื่อ)..... กรรมการ (ลงชื่อ)..... กรรมการ (ลงชื่อ).....</p>
<p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... นายกเทศมนตรีตำบลมะขามคู่ วัน/เดือน/ปี.....</p>	

(ตัดตามรอยเส้นประให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยจะเริ่มรับเงินเบี้ย
ยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ในเดือนถัดไป ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้าย
ภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีทธิให้ต่อเนื่อง

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิ
ได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....
ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- เป็นเงินสด
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

หนังสือรับรองว่าจะแจ้งการเสียชีวิต

ที่.....
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรับรองว่าจะแจ้งการตายของ.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วยเอดส์)
และ.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้รับมอบอำนาจ)

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลมะขามคู่

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
ตำแหน่ง.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัดระยอง รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ขอรับรองว่าหาก.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วยเอดส์) ผู้ป่วยเอดส์ผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้เอดส์
ซึ่งอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัดระยอง และหรือ.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้รับมอบอำนาจ)
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดระยอง
ผู้รับมอบอำนาจแทนผู้ป่วยเอดส์รายนี้ถึงแก่กรรม ข้าพเจ้าจะแจ้งให้เทศบาลตำบลมะขามคู่ ทราบภายใน ๓ วัน
นับแต่วันที่บุคคลดังกล่าวถึงแก่กรรม

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

ผู้รับรอง จะต้องเป็นข้าราชการตั้งแต่ระดับ ๓ หรือมียศตั้งแต่ร้อยตรี หรือเรือตรี
เรืออากาศตรี หรือร้อยตำรวจตรีขึ้นไป หรือบุคคลที่น่าเชื่อถือ กำนัน ผู้ใหญ่

หนังสือรับรองบุคคล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....กำนันตำบลมะขามคู่/
ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่.....ตำบลมะขามคู่ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว
.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลมะขามคู่
อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง
เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านจริง และยังมีชีวิตอยู่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....