

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์ ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ช่องทางกรให้บริการ

สถานที่ให้บริการ งานพัฒนาชุมชนชั้น ๑ ห้องศูนย์บริการร่วมเทศบาลตำบลไชยปราการ/ติดต่อด้วยตนเองณหน่วยงาน หมายเหตุ: ระยะเวลาเปิดให้บริการ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันเสาร์ (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง) เบอร์โทรติดต่อ/สอบถาม โทร. ๐๕๓-๔๕๗๓๗๐ ต่อ ๙๐๔
--	--

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑๓ วัน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	๔๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ		สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลไชยปราการ
๒)	การพิจารณา ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลไชยปราการ
๓)	การพิจารณา ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	๓ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลไชยปราการ
๔)	การพิจารณา จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	๒ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลไชยปราการ
๕)	การพิจารณา พิจารณาอนุมัติ หมายเหตุ: กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณาได้แก่สภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติหรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด	๗ วัน	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลไชยปราการ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๑)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ (ลงนามพร้อมรับรับรองสำเนาถูกต้อง)	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลไชยปราการ
๒)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ (ลงนามพร้อมรับรับรองสำเนาถูกต้อง)	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ (ลงนามพร้อมรับรับรองสำเนาถูกต้อง)	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
๔)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ	-
๕)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ (ลงนามพร้อมรับรับรองสำเนาถูกต้อง)	-
๖)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณี ที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบ อำนาจ) ฉบับจริง ๑ ฉบับ สำเนา ๑ ฉบับ (ลงนามพร้อมรับรับรองสำเนาถูกต้อง)	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
๑)	ไม่เสียค่าธรรมเนียม (หมายเหตุ: (ไม่เสียค่าใช้จ่ายดำเนินการ))	ค่าธรรมเนียม ๐ บาท

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
๑)	เทศบาลตำบลไชยปราการ หมายเหตุ: ๑. ทางอินเทอร์เน็ต (http://www.chaiprakran.go.th) ๒. ทาง Social Media : facebook (http://facebook.com/chaiprakarnCMI) ๓. ทางโทรศัพท์ ๐-๕๓๔๕-๗๓๗๐ โทรสาร : ๐-๕๓๔๕-๗๓๖๐ ๔. ทางไปรษณีย์ (สำนักงานเทศบาลตำบลไชยปราการ ๗๐๒ ม.๒ ต.ปงคำอ.ไชยปราการจ.เชียงใหม่ ๕๐๓๒๐) ๕. ศูนย์ดำรงธรรมเทศบาลตำบลไชยปราการ (โทร. ๐-๕๓๔๕-๗๓๗๐ ต่อ ๙๐๑) ๖. ร้องเรียนด้วยตนเอง ๗. ผู้รับฟังความคิดเห็น (ตั้งอยู่ณศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารของราชการเทศบาลตำบลไชยปราการ
๒)	ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี หมายเหตุ: เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ปณ.๑๑๑๑

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
	เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
๑)	แบบคำขอลงทะเบียนรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ (แบบคำร้องทั่วไป) หมายเหตุ: - ตัวอย่างอยู่ในภาคผนวก ข หน้า ข ๒๒

หมายเหตุ กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

- ๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. ๒๕๔๘