

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การขอรับสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง

ขอบเขตการให้บริการ

| สถานที่ / ช่องทางให้บริการ | ระยะเวลาเปิดให้บริการ |
|---|--|
| ๑. สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง โทรศัพท์ : ๐ ๔๓๕๑ ๕๐๓๘ ต่อ ๑๑๐ โทรสาร : ๐ ๔๓๕๑ ๕๐๓๘ ต่อ ๑๑๓ | วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. |

ขั้นตอนและวิธีการให้บริการ

| ขั้นตอน | หน่วยงานผู้รับผิดชอบ |
|--|--|
| ๑. ผู้ป่วยเอดส์มายื่นเอกสารในการขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพต่อเจ้าหน้าที่ (ระยะเวลาไม่เกิน ๒ นาที) | งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง |
| ๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลาไม่เกิน ๕ นาที) | งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง |
| ๓. เสนอคณะผู้บริหาร (ระยะเวลา ๑ วัน) | งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง |

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น ๑ วัน / ราย

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

| เอกสาร/หลักฐาน ผู้พิการ | |
|---|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย, ธนาคาร ธกส. สาขาร้อยเอ็ด | จำนวน ๑ ฉบับ |

กรณีผู้ป่วยเอดส์ ไม่สามารถมายื่นคำขอเงินทะเบียนด้วยตนเองได้ ให้มอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร

ให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอเงินทะเบียนแทนได้ โดยต้องยื่นหลักฐานประกอบเพิ่มเติม ดังนี้

| | |
|--|--------------|
| ๑. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |

***** หมายเหตุ *****

- ยกเลิกการขอสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาเอกสารอื่นๆที่ทางราชการออกให้กับประชาชนในการติดต่อราชการขององค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด อบต.เหนือเมือง โทรศัพท์ : ๐ ๔๓๕๑ ๕๐๓๘ ต่อ ๑๑๐ หรือ เว็บไซต์ www.nuemueang.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

-63-

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

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

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้
รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรม () ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคง
ถาวร () เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็น
ระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก
เนื่องจาก

3. การพักอาศัย () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
() พักอาศัยกับรวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน
ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)