

คู่มือสำหรับประชาชน : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

กระทรวง : กระทรวงมหาดไทย

1. ชื่อกระบวนการ : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองระเวียง
3. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ : รับลงทะเบียน
5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548
6. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป
7. พื้นที่ให้บริการ : ตำบลหนองระเวียง
8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ  
เดือนตุลาคม - กันยายน ของทุกปี
9. ข้อมูลสถิติ  
จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 1 ราย
10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน -
11. ช่องทางการให้บริการ  
สถานที่ให้บริการ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา  
ระยะเวลาเปิดให้บริการ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองระเวียง กำหนดวัน เวลา และสถานที่รับขึ้นทะเบียนฯ  
ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. ยกเว้นวันหยุดราชการ  
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองระเวียง
12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ตามที่กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศใช้ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 เพื่อใช้ในการดำเนินงานการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้ทำการรับรองและวินิจฉัยแล้วที่มีความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

การยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเอง หรือในกรณีที่มีความจำเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถมายื่นคำขอลงทะเบียนด้วยตนเองได้อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนก็ได้โดยให้กรอกรายละเอียดตามแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้ถูกต้องครบถ้วนและให้ยื่นคำขอประกอบเอกสารหลักฐานของผู้สูงอายุ พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

#### ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1	การรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ และตรวจสอบเอกสารหลักฐาน	ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	5 นาที	กองสวัสดิการสังคม	
2	ตรวจสอบคุณสมบัติ	คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ตรวจสอบคุณสมบัติ ออกใบรับลงทะเบียน	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม	
3	พิจารณาการรับลงทะเบียน	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองระเวียง พิจารณานุมัติการรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์	10 นาที	กองสวัสดิการสังคม	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 25 นาที

#### 13. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอนและระยะเวลาปฏิบัติราชการ

#### 14. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

##### 14.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	ใบรับรองแพทย์พร้อมสำเนา	โรงพยาบาล	1	1	ฉบับ	(พร้อมลงนามรับรองสำเนา)
2)	ทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา	กรมการปกครอง	1	1	ฉบับ	(พร้อมลงนามรับรองสำเนา)
4)	สมุดบัญชี พร้อมสำเนา (กรณีประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)	ธนาคาร	1	1	ฉบับ	(พร้อมลงนามรับรองสำเนา)

#### 15. ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียมในการรับลงทะเบียน

#### 16. ช่องทางการร้องเรียน

- 1) ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา
- 2) โทรศัพท์ 0-4496-5641
- 3) โทรสาร 0-4496-5621
- 4) Facebook อบต.หนองระเวียง อ.พิมาย
- 5) เว็บไซต์ อบต.หนองระเวียง อ.พิมาย

## แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้ยื่นคำขอ  แจ้งด้วยตนเอง

ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียนชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ .....

สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามี-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .... โดยวิธีโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาแม่อน ชื่อบัญชี.....เลขบัญชี .....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน  
(.....)

**หมายเหตุ** ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ**

เรียน คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  ..... แล้ว

เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้

.....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลอนใต้

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

(.....)

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

**คำสั่ง**

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ) .....

(นายประเวศน์ โปริตา)

นายกเทศมนตรีตำบลอนใต้

วันที่ ..... เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร .....

เลขที่..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ .....

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....

เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ .....

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....

เขต / อำเภอ ..... จังหวัด .....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสวัสดิการเบี่ยงชีฟผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)