

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์เอดส์

หน่วยที่ให้บริการ : องค์การบริหารส่วนตำบลอุ้มฉาง อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นขอและในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบ อาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัย อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดย พิจารณา จากความเดือดร้อน เป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยาก ต่อการ เข้าถึงบริการของรัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่น ความ ประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ องค์การบริหารส่วนตำบลอุ้มฉาง อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาเปิด ให้บริการ วันจันทร์ ถึง ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (ไม่มีพักเที่ยง)

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม ๑๓ วัน

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
๑	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ที่ประสงค์จะ ขอรับการ สงเคราะห์หรือ ผู้รับมอบอำนาจยื่น คำขอพร้อมเอกสาร หลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอ ลงทะเบียนและเอกสารหลักฐาน ประกอบ ๔๕ นาที	๔๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน ตำบลอุ่มจาน อำเภอ ประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี
๒	การพิจารณา ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความ เป็นอยู่ และคุณสมบัติ ๑๕ นาที	๑๕ นาที	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน ตำบลอุ่มจาน อำเภอ ประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี
๓	การพิจารณา ตรวจสภาพความเป็นอยู่และ คุณสมบัติของ ผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	๓ วัน	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน ตำบลอุ่มจาน อำเภอ ประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี
๔	การพิจารณา จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสาร หลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอ ผู้บริหารพิจารณา	๒ วัน	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน ตำบลอุ่มจาน อำเภอ ประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี
๕	การพิจารณา พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วน ตำบลอุ่มจาน อำเภอ ประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐที่ออกเอกสาร
๑	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงาน ภาครัฐ - ฉบับจริง	-
๒	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา - ฉบับจริง	-
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีผู้ขอรับเงินเข้าบัญชีเงินฝาก) - ฉบับจริง	-
๔	หนังสือมอบอำนาจ(กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-
๕	บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ(กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)	-
๖	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) -ฉบับจริง	-

ค่าธรรมเนียม

- ไม่มี

ช่องทางการร้องเรียน

๑) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ องค์การบริหารส่วนตำบลอุ่มจาน อำเภอ
ประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ๔๑๑๑๐ โทร ๐๔๒ ๒๑๙๙๖๘

๒) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
หมายเหตุ(เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ ปณ.
๑๑๑๑ เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐)

ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก (ตัวอย่าง)

- แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
