

## งานที่ให้บริการ การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์ สำนักปลัดเทศบาลตำบลสันทราย

### การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

1. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด
2. ทะเบียนบ้าน เพื่อแสดงภูมิลำเนาในพื้นที่ พร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด
3. สมุดบัญชีเงินฝาก**ธนาคารกรุงไทย** พร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด  
(กรณีที่ผู้ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)
4. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน 1 ฉบับ
5. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา จำนวน 1 ชุด  
ของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
6. หนังสือมอบอำนาจ และสำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก**ธนาคารกรุงไทย** ของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ชุด  
(กรณีที่ผู้ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์  
ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)

### หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

### ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน 11 วัน

### วิธีการขั้นตอนปฏิบัติงาน

1. ยื่นคำร้อง พร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลา 1 วัน
2. ตรวจสอบข้อมูลและลงเยี่ยมบ้านผู้ยื่นขอรับเงินสงเคราะห์ ระยะเวลา 5 วัน
3. รายงานผู้บริหารทราบ และขออนุมัติดำเนินการ ระยะเวลา 5 วัน  
(เบิกจ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้ป่วยเอดส์ในเดือนถัดไป)

### ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักปลัดเทศบาลตำบลสันทราย โทรศัพท์ : 053-346873-4 ต่อ 102 หัวหน้าสำนักปลัด

### ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น.

### สถานที่ติดต่อยื่นคำขอ

- สำนักปลัดเทศบาลตำบลสันทราย (งานสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์)
- โทรศัพท์ : 053-346873-4 ต่อ 104
- โทรสาร : 053-346873-4 ต่อ 116
- เว็บไซต์ : <http://www.sansaifang.go.th>

### ระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
พ.ศ.๒๕๔๘

# แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

## แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลสันทราย

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี สถานะภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย

( ) หย่าร้าง ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....ประกอบอาชีพ.....มีรายได้

.....บาท/เดือน มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย

.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

### ๑. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ซ้ำรูดทรุดโทรม ( ) ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

### ๓. การพักอาศัย

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

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

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

### ๔. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลสันทราย

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลข  
ประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์  
..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....  
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุก  
ประการ

- ( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์  
โดยให้จ่ายให้แก่.....
- ( ) เป็นเงินสด
- ( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....  
เลขที่บัญชี.....
- ( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

# หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลนทราย

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มี  
สิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยติดเชื่อเอ็ดส์ นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)