

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่ให้บริการ : องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร กระทรวงมหาดไทย

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร

ต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อนวิธีการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย่ำแย่ที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ กองสวัสดิการสังคม (ฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน) องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล โทรศัพท์ : 05502 0226 หรือ 0 557 86399 โทรสาร : 0 5502 022 หรือ 0 557 86399 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน (หมายเหตุ: -)	ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)
--	---

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : 12 นาที

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ส่วนที่รับผิดชอบ
1)	การตรวจสอบเอกสาร ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจมาแสดงตนพร้อมเอกสาร ใบรับรองการติดเชื้อ HIV หรือโรคมุมิคุ้มกันบกพร่องและหลักฐานยื่น ต่อเจ้าหน้าที่ (หมายเหตุ: ((กองสวัสดิการสังคม ฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน)))	2 นาที	องค์การบริหารส่วนตำบล คลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร
2)	การพิจารณา เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอรับการสงเคราะห์และเอกสารหลักฐาน ประกอบที่เกี่ยวข้อง (หมายเหตุ: ((กองสวัสดิการสังคม ฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน)))	5 นาที	องค์การบริหารส่วนตำบล คลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร
3)	การลงนาม/คณะกรรมการมีมติ สัมภาษณ์สภาพความเป็นอยู่ และความต้องการที่จะขอให้ความ ช่วยเหลือหรือสิ่งอื่นใดเพิ่มเติม (หมายเหตุ: ((กองสวัสดิการสังคม ฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน)))	5 นาที	องค์การบริหารส่วนตำบล คลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

หมายเหตุ : สำหรับเอกสารที่จำเป็นต้องใช้สำเนาแนบคำขอให้ปฏิบัติตาม ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล เรื่อง ยกเลิกการ
เรียกสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านเพื่อการติดต่อราชการในองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล ประกาศ ณ
วันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 ดังนี้

- ห้ามพนักงานส่วนตำบลองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหลหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ เรียกสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ
สำเนาทะเบียนบ้าน กับผู้มาติดต่อราชการ
- กรณีจำเป็นต้องใช้เอกสารอื่น ที่ทางราชการออกให้ในการสอบสวนและตรวจสอบเพื่อประกอบคำขอ ให้พนักงานส่วนตำบล
องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหลหรือพนักงานเจ้าหน้าที่มีหน้าที่แจ้งหน่วยงานราชการที่เป็นผู้ออกเอกสารทางราชการดังกล่าว เพื่อให้
จัดส่งข้อมูลหรือสำเนาเอกสารทางราชการนั้น มาเพื่อให้ประกอบคำขอ เว้นแต่ผู้ขอมีความประสงค์ที่จะนำเอกสารราชการนั้นมาแสดงต่อ
พนักงานส่วนตำบลองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหลหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อประกอบคำขอด้วยตนเอง
- กรณีที่ต้องคัดสำเนาเอกสารรายการทะเบียนบ้าน และบัตรประจำตัวประชาชนหรือเอกสารราชการอื่น เพื่อประโยชน์ใน
การปฏิบัติราชการขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล ให้พนักงานส่วนตำบลองค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหลหรือพนักงาน
เจ้าหน้าที่ เป็นผู้จัดทำสำเนาเอกสารดังกล่าวขึ้นเอง และห้ามมิให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการทำสำเนาดังกล่าวนั้นจากผู้ขอ
- กรณีมอบอำนาจให้บุคคลอื่นดำเนินการแทน ให้ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจพร้อมลงนามรับรองสำเนา
ถูกต้อง

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
1)	ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ	-

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร
2)	สำเนาทะเบียนบ้าน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีรับเงินโอนเข้าบัญชีธนาคาร)	-
4)	บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับจริง 1 ฉบับ สำเนา 0 ฉบับ หมายเหตุ -	-
5)	บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ประกอบการ ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นผู้ประกอบการดำเนินการแทน)	-
6)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ฉบับจริง 0 ฉบับ สำเนา 1 ฉบับ หมายเหตุ (กรณีกำหนดให้โอนเงินเข้าบัญชีผู้ประกอบการ)	-

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)
ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม		

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
1)	กองสวัสดิการสังคม ฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล 699 หมู่ 21 ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร 62180 (หมายเหตุ: -)
2)	โทรศัพท์ 0 5502 0226 หรือ 0 557 86399 (หมายเหตุ: -)
3)	เว็บไซต์ http://www.khlongnamlai.go.th/home

ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ
4)	https://www.facebook.com/pages/องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล (หมายเหตุ: -)
5)	ศูนย์บริการประชาชน สำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (หมายเหตุ: (เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลก เขตดุสิต กทม. 10300))
6)	ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการทุจริตในภาครัฐ (หมายเหตุ: (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (สำนักงาน ป.ป.ท.) - 99 หมู่ 4 อาคารซอฟต์แวร์ปาร์ค ชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลคลองเกลือ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 - สายด่วน 1206 / โทรศัพท์ 0 2502 6670-80 ต่อ 1900 , 1904- 7 / โทรสาร 0 2502 6132 - www.pacc.go.th / www.facebook.com/PACC.GO.TH ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำหรับนักลงทุนต่างชาติ (The Anti-Corruption Operation center) Tel : +66 92 668 0777 / Line : Fad.pacc / Facebook : The Anti-Corruption Operation Center / Email : Fad.pacc@gmail.com))

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1)	แบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ เอกสาร1 (หมายเหตุ: -)
2)	แบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ เอกสาร2 (หมายเหตุ: -)
3)	แบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ เอกสาร3 (หมายเหตุ: -)
4)	แบบคำขอขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ เอกสาร4 (หมายเหตุ: -)

หมายเหตุ

-

Infographic

ลำดับ	ชื่อ
ไม่มีข้อมูล	

ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ชื่อกระบวนการ: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ชื่อเรียกทั่วไป: -

หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนการ: สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม

ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง

กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

1)ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

พื้นที่ให้บริการ: ท้องถิ่น

กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา: -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ: 0.0 วัน

ข้อมูลสถิติของกระบวนการ:

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0

ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

เอกสารฉบับนี้ดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ระบบสารสนเทศศูนย์กลางข้อมูลคู่มือสำหรับประชาชน

Backend.info.go.th

วันที่เผยแพร่คู่มือ: -