**คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

**หน่วยงานที่ให้บริการ :** องค์การบริหารส่วนตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วกระทรวงมหาดไทย

**หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้  
  
  
  
 หลักเกณฑ์  
  
  
 ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้  
  
1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว  
  
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
  
 3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัย อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน  
  
  
 วิธีการ  
  
  
 1. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้  
  
 2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ  
  
 3.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

**ช่องทางการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| **สถานที่ให้บริการ**  องค์การบริหารส่วนตำบลคลองหินปูน เลขที่ 223 หมู่ที่ 1 ตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว 27210 โทรศัพท์ 0 3725 2954 โทรสาร 0 3725 2955 /ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  (หมายเหตุ: (ส่วนสวัสดิการสังคม)) | **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง) |

**ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

**ระยะเวลาในการดำเนินการรวม :** 13 วัน

| **ลำดับ** | **ขั้นตอน** | **ระยะเวลา** | **ส่วนที่รับผิดชอบ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) | **การตรวจสอบเอกสาร**  ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ  (หมายเหตุ: -) | 45 นาที | องค์การบริหารส่วนตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว |
| 2) | **การพิจารณา**  ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติ  (หมายเหตุ: -) | 15 นาที | องค์การบริหารส่วนตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว |
| 3) | **การพิจารณา**  ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์  (หมายเหตุ: -) | 3 วัน | องค์การบริหารส่วนตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว |
| 4) | **การพิจารณา**  จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา  (หมายเหตุ: -) | 2 วัน | องค์การบริหารส่วนตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว |
| 5) | **การพิจารณา**  พิจารณาอนุมัติ  (หมายเหตุ: -) | 7 วัน | องค์การบริหารส่วนตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว |

**รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ**

| **ลำดับ** | **ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** |
| --- | --- | --- |
| 1) | **บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา**  **ฉบับจริง** 1 ชุด  **สำเนา** 1 ชุด  **หมายเหตุ** - | - |
| 2) | **ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา**  **ฉบับจริง** 1 ชุด  **สำเนา** 1 ชุด  **หมายเหตุ** - | - |
| 3) | **สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)**  **ฉบับจริง** 1 ชุด  **สำเนา** 1 ชุด  **หมายเหตุ** - | - |
| 4) | **หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)**  **ฉบับจริง** 1 ฉบับ  **สำเนา** 0 ฉบับ  **หมายเหตุ** - | - |
| 5) | **บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)**  **ฉบับจริง** 1 ชุด  **สำเนา** 1 ชุด  **หมายเหตุ** - | - |
| 6) | **สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)**  **ฉบับจริง** 1 ชุด  **สำเนา** 1 ชุด  **หมายเหตุ** - | - |

**ค่าธรรมเนียม**

| **ลำดับ** | **รายละเอียดค่าธรรมเนียม** | **ค่าธรรมเนียม (บาท / ร้อยละ)** |
| --- | --- | --- |
| *ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม* | | |

**ช่องทางการร้องเรียน แนะนำบริการ**

| **ลำดับ** | **ช่องทางการร้องเรียน / แนะนำบริการ** |
| --- | --- |
| 1) | ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลคลองหินปูน  (หมายเหตุ: -) |
| 2) | www.klonghinpoon.go.th  (หมายเหตุ: -) |
| 3) | โทรศัพท์ 0 3725 2954 โทรสาร 0 3725 2955  (หมายเหตุ: -) |
| 4) | ไปรษณีย์ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองหินปูน เลขที่ 223 หมู่ที่ 1 ตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว 27210  (หมายเหตุ: -) |
| 5) | ศูนย์ดำรงธรรม อบต.คลองหินปูน โทรศัพท์ 0 3725 2954  (หมายเหตุ: -) |
| 6) | ตู้รับฟังความคิดเห็นหน้า อบต.คลองหินปูน  (หมายเหตุ: -) |
| 7) | 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)) |

**แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก**

| **ลำดับ** | **ชื่อแบบฟอร์ม** |
| --- | --- |
| *ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก* | |

**หมายเหตุ**

-

**ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ชื่อกระบวนงาน:** การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

**หน่วยงานกลางเจ้าของกระบวนงาน**: สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม

**ประเภทของงานบริการ:** กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

**หมวดหมู่ของงานบริการ:** รับแจ้ง

**กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**

|  |
| --- |
| 1)ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 |

**ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป

**พื้นที่ให้บริการ:** ท้องถิ่น

**กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา:** - **ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ:** 0.0

**ข้อมูลสถิติของกระบวนงาน:**

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0

**ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน:** การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ อบต.คลองหินปูน สำเนาคู่มือประชาชน 25/08/2015 15:56

เอกสารฉบับนี้ดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ระบบสารสนเทศศูนย์กลางข้อมูลคู่มือสำหรับประชาชน

Backend.info.go.th

วันที่เผยแพร่คู่มือ: -