

คู่มือการปฏิบัติงาน
การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



องค์การบริหารส่วนตำบล
อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักตามคู่มือประชาชน

งานที่ให้บริการ	การยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล
ขอบเขตการให้บริการ	-
สถานที่/ช่องทางให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
งานสวัสดิการสังคม	วันจันทร์ – วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตลอดทั้งปีงบประมาณ
ห้องสำนักปลัด	ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. บริการไม่หยุดพักเที่ยง
องค์การบริหารส่วนตำบล	
โทร.๐๔๔-๕๙๑-๐๕๐	

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดให้คนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือคนพิการที่ย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ใหม่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ให้มาลงทะเบียนและยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยผู้พิการด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้คนอื่นมากระทำแทน ณ องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการในเดือนถัดไปนับจากวันที่ลงทะเบียน

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล
๓. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๔. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อนกรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการสงเคราะห์ย้ายที่อยู่ให้ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ

ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑.ผู้ป่วยเอดส์มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยืนยันคำขอรับเงินสงเคราะห์พร้อมเอกสารหลักฐาน	๑๐ นาที	งานสวัสดิการสังคม ห้องสำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล
๒.เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณสมบัติ สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม	๑๕ นาที	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ๑.นางพรทิพย์ ศรีปุชยันท ๒.นายพิชาติ ฉิมงาม
๓.เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเอดส์ ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่พิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน เป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ	๓ วัน	
๔. เจ้าหน้าที่จัดลำดับผู้ป่วยเอดส์เบื้องต้นและให้ผู้บริหารพิจารณาคัดเลือกขั้นต่อไป	๑๕ นาที	

ระยะเวลา

ไม่เกิน ๒๕ นาที/ราย ในการรับคำรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ และไม่เกิน ๕ วันทำการในการพิจารณาคัดเลือก

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. บัตรประจำตัวประชาชน (ยังไม่หมดอายุ) พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ
- *** ในกรณีที่มีความจำเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถมายืนยันสิทธิได้ด้วยตนเองสามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นแบยืนยันสิทธิแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้
๗. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๘. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ
๙. สำเนาประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

องค์การบริหารส่วนตำบล โทร ๐๔๔-๕๙๑-๐๕๐

E-mail : Obtba.sao @ gmail.com

เว็บไซต์ : Obtba.go.th