

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

กระทรวง : -

1. ชื่อกระบวนการ : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

3. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

4. หมวดหมู่ของงานบริการ : รับแจ้ง

5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง :

1.) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

6. ระดับผลกระทบ : บริการทั่วไป

7. พื้นที่ให้บริการ : ท้องถิ่น

8. กฎหมายบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย/ข้อกำหนด ฯลฯ 0 นาที

9. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนค่าขอที่มากที่สุด 0

จำนวนค่าขอที่น้อยที่สุด 0

10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน (สำเนาคู่มือประชาชน) การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

11. ช่องทางการให้บริการ

1.) สถานที่ให้บริการ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ จันทร์ – ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30 – 16:30 น. (ไม่พักเที่ยง)

หมายเหตุ ระยะเวลาเปิดให้บริการ 1 – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุมัติ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ที่ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการได้ ผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนไว้ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ในเดือนถัดไปหลังจากขึ้น ทะเบียนและผ่านการ ตรวจสอบคุณสมบัติจากเจ้าหน้าที่และคณะผู้บริหารแล้ว

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา ก่อน

วิธีการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

1.3 ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดขั้นตอนการบริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|-----|------------------|---|-------------------|------------------------------|----------|
| 1.) | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และ เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารประกอบ | 10 นาที/ราย | งานสวัสดิการสังคม | - |
| 2.) | การพิจารณา | ออกไปรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน | 10 นาที/ราย | งานสวัสดิการสังคม | - |
| 3.) | การพิจารณา | ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ | 50 นาที/ราย | งานสวัสดิการสังคม | - |

| | | | | | |
|-----|------------|---|---------------|-------------------|---|
| 4.) | การพิจารณา | จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบเสนอผู้บริหารพิจารณา | 30 นาที / ราย | งานสวัสดิการสังคม | - |
| 5.) | การพิจารณา | พิจารณาอนุมัติ | 10 นาที / ราย | งานสวัสดิการสังคม | - |

13. ระยะเวลาดำเนินการรวม 1 วัน

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้วผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|---|----------------------------|---------------------|------------------|----------------|----------|
| 1.) | บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา | - | 1 | - | ชุด | - |
| 2.) | ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | - | 1 | - | ชุด | - |
| 3.) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีที่มีชื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วย ประสงค์รับเงินผ่านระบบบัญชีธนาคาร) | - | 1 | - | ชุด | - |
| 4.) | หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | - | 1 | - | ชุด | - |
| 5.) | บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมทำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | - | 1 | - | ชุด | - |
| 6.) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ดูแล ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี (กรณีผู้ป่วยประสงค์ให้ออนเงินเข้าบัญชีผู้ดูแล ผู้ป่วย ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี) | - | 1 | - | ชุด | - |

15.2) เอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน | หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร | จำนวนเอกสารฉบับจริง | จำนวนเอกสารสำเนา | หน่วยนับเอกสาร | หมายเหตุ |
|--------------------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------|------------------|----------------|----------|
| ไม่พบเอกสารอื่นๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม | | | | | | |

16. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

17. ช่องทางการร้องเรียน

- 1.) ติดต่อด้วยตนเอง ณ งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลานหอย
- 2.) ทางอินเทอร์เน็ต www.lanhoi.go.th
- 3.) ทางโทรศัพท์ 055 – 634194