



คู่มือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่  
เรื่อง การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



งานพัฒนาชุมชน  
องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำแคม  
อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย

## คู่มือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เรื่อง การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเอง หรือ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

\*\*\*กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

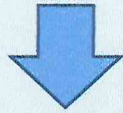
### คุณสมบัติและเอกสารหลักฐานในการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
๒. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ ที่ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน (ที่มีชื่ออยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำแคม)
๕. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (สำหรับกรณีที่ผู้ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
๖. ใบมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทน)

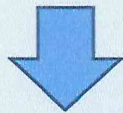
## แผนผังขั้นตอนการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ยื่นคำร้องขอ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ ดังต่อไปนี้

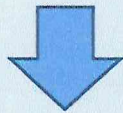
๑. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
๒. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ (ฉบับจริง)
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน
๕. สำเนาสมุดบัญชี (กรณีรับเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร)
๖. ใบมอบอำนาจ (กรณียื่นแทนผู้พิการ)



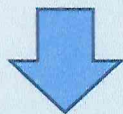
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน / สัมภาษณ์ / บันทึกข้อมูล



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น



คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ



ออกใบรับลงทะเบียน  
ตามแบบยื่นคำขอให้ผู้ขอ/ ผู้มอบอำนาจ

**\*แผนผังขั้นตอนการเบิก-จ่ายเบี้ยผู้ป่วยเอดส์**

จัดทำบัญชีรายชื่อผู้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  
จัดทำโครงการฯ บันทึกข้อความยืนยันเงินและใบสำคัญรับเงิน (กรณีผู้ป่วยเอดส์รับเงินสด)



เสนอผู้บังคับบัญชาเพื่อพิจารณาอนุมัติ



ตรวจฎีกา / จัดทำเช็คเบิกเงิน (กองคลัง)



เบิกจ่ายเงินเพื่อนำจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ที่รับเงินสด



ดำเนินการส่งใช้เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

## \*แผนผังขั้นตอนการจ่ายเบี้ยผู้ป่วยเอดส์

การรับเงินสัปดาห์ภายในวันที่ ๑-๑๐ ของทุกเดือน

เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ  
เตรียมเอกสาร ใบสำคัญรับเงินและเงินสดสำหรับจ่ายให้กับผู้ป่วยเอดส์

๑. ยื่นบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิ หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบรายชื่อ / ลงชื่อผู้รับเงิน
๓. มอบเงินเบี้ยยังชีพให้กับผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง  
ของใบสำคัญรับเงิน และมอบใบสำคัญรับเงินแก่นักพัฒนาชุมชนฯ  
เพื่อดำเนินการส่งใช้เงินยืมต่อไป

ดำเนินการส่งใช้เงินยืมเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

### การรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร

กรมบัญชีกลางโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้ป่วยเอดส์ ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ ระยะเวลาในการดำเนินการรวม : ๑๓ วัน

#### ๑. การตรวจสอบเอกสาร

ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ๔๕ นาที (ระบุระยะเวลาจริง)

๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำแคม

#### ๒. การพิจารณา

ออกใบนัดหมายตรวจสอบความเป็นอยู่ และคุณสมบัติ

หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ๑๕ นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)

๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำแคม

#### ๓. การพิจารณา

ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์

หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๓ วัน นับจากได้รับคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)

๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำแคม

#### ๔. การพิจารณา

จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา

หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๒ วัน นับจากการออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)

๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำแคม

#### ๕. การพิจารณา

พิจารณาอนุมัติ หมายเหตุ : ๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๗ วัน นับแต่วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)

๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำแคม

๓. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณา ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติหรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด

\*กฎหมายที่เกี่ยวข้อง :

๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ศ. ๒๕๔๘

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง [ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับ ผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน ..... ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... โทรศัพท์.....
--

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....  
เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา  
ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ .....  
สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ .....  
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น  บิดา-มารดา  บุตร  สามเณร-ภรรยา  พี่น้อง  อื่นๆ .....  
สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ  ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ....โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน  
(.....) (.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออกและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

**ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ**

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ แล้ว

เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลโคกใหญ่

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

.....

(.....)

(.....)

(.....)

กรรมการ

กรรมการ

กรรมการ

**คำสั่ง**

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

..... / ..... / .....

# หนังสือมอบอำนาจ

ที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร .....

เลขที่ ..... ออกให้ ณ ..... เมื่อวันที่ .....

อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....

เขต/อำเภอ ..... จังหวัด..... โทรศัพท์ .....

ขอมอบอำนาจให้ ..... เกี่ยวพันเป็น .....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร ..... เลขที่ ..... ออกให้ ณ .....

เมื่อวันที่ ..... อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....

โทรศัพท์ .....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)