



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 ดังนี้

๑. แบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
๒. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ ที่ยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน (ที่มีชื่ออยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำแคว)
๕. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (สำหรับกรณีที่ผู้ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
๖. ใบมอบอำนาจ (กรณียื่นแทนผู้พิการ)



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน / สัมภาษณ์ / บันทึกข้อมูล



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น



คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ



ออกใบรับลงทะเบียน
ตามแบบยื่นคำขอให้ผู้ขอ/ผู้มอบอำนาจ
(ไม่มีอัตราค่าธรรมเนียม)

***แผนผังขั้นตอนการเบิก-จ่ายเบี้ยผู้ป่วยเอดส์**

จัดทำบัญชีรายชื่อผู้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
จัดทำโครงการฯ บันทึกข้อความยืนยันเงินและใบสำคัญรับเงิน (กรณีผู้ป่วยเอดส์รับเงินสด)



เสนอผู้บังคับบัญชาเพื่อพิจารณาอนุมัติ



ตรวจฎีกา / จัดทำเช็คเบิกเงิน (กองคลัง)



เบิกจ่ายเงินเพื่อนำจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ที่รับเงินสด



ดำเนินการส่งใช้เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

*แผนผังขั้นตอนการจ่ายเบี้ยผู้ป่วยเอดส์

การรับเงินสดรับภายในวันที่ 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 ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักบาน 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 คุณสมบัติหรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด

*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 ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ
จากผู้มีสิทธิ 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 คณะกรรมการการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว.....

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

☐ เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล
.....

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

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำร้องขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)