

คู่มือหรือแนวทาง
การปฏิบัติงานของ
เจ้าหน้าที่

การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

แผนผังแสดงวิธีการขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน
(การลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
(๑ นาที/ราย)

เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน
บันทึกสอบถามเพิ่มเติม
(๓ นาที /ราย)

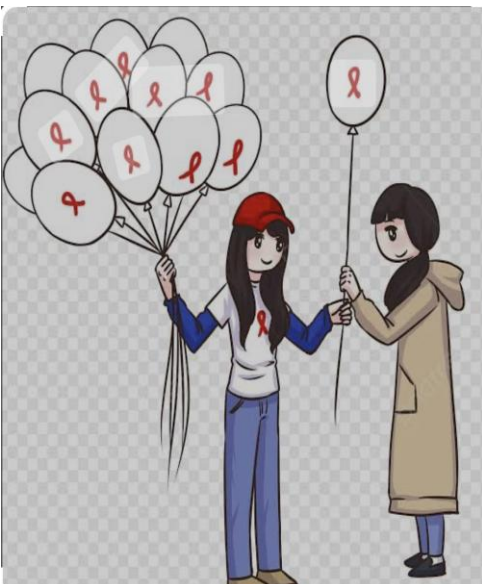
เจ้าหน้าที่ออกไปตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่า
เป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์
หรือไม่
(๑ วัน / ราย)

เอกสารหลักฐานในการยืนยันสิทธิ

- ๑.ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐที่รับรองว่าเป็นเอดส์
- ๒.บัตรประจำตัวประชาชน
- ๓.ทะเบียนบ้านฉบับปัจจุบัน
- ๔.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์

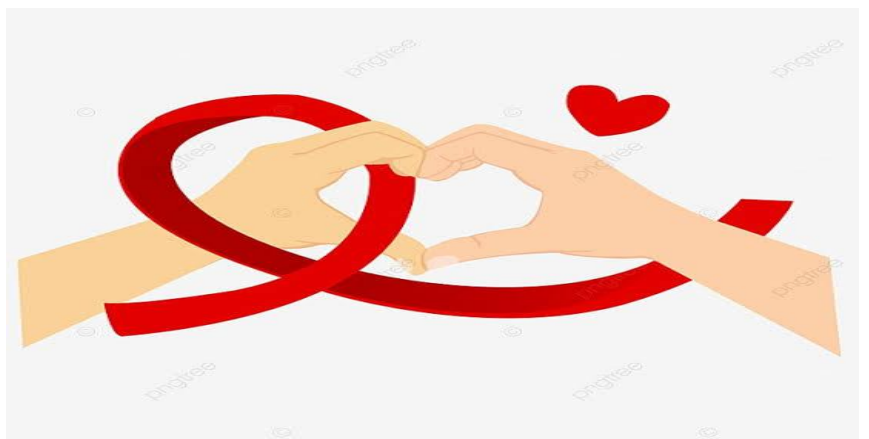
เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร/แจ้งผล)
(๒ นาที/ราย)

★ หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด ★



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ

- ๑.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลนาบอน
- ๒.มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้



★ กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมายืนยันสิทธิเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร

เอกสารหลักฐานการมอบอำนาจ

๑. หนังสือมอบอำนาจ
๒. สำเนาทะเบียนบ้านผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ คนละ ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ คนละ ๑ ฉบับ

★ กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ได้ย้ายออกจากพื้นที่เทศบาลตำบลนาบอน ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ใหม่

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ ๖
 - ไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตเทศบาลตำบลนาบอน
 - มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ไม่ถูกทอดทิ้ง มีผู้อุปการะเลี้ยงดู สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้



การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
จะจ่ายไม่เกินวันที่ ๑๐ ของเดือน



กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘



ติดต่อสอบถาม.....งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดเทศบาลตำบลนาบอน

หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๗๕๔๙ ๑๑๕๘

ทะเบียนเลขที่ /

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นคำขอลงทะเบียนแทน
ผู้ยื่นคำขอ ฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน
ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)
เลขที่ประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □
ที่อยู่..... โทรศัพท์

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....
วันที่ เดือน..... พ.ศ.

คำนำหน้านาม □ เด็กชาย □ เด็กหญิง □ นาย □ นาง □ นางสาว □ อื่นๆ (ระบุ).....
ชื่อ..... นามสกุล.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน
เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □

สถานภาพ □ โสด □ สมรส □ หม้าย □ หย่าร้าง □ แยกกันอยู่ □ อื่นๆ (ระบุ).....

รายได้ต่อเดือน (ระบุ)..... บาท

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ

☐ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ.....

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

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี

พร้อมเอกสารดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ ใบรับรองแพทย์ (จากโรงพยาบาลของรัฐ)
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอแทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงาน
ของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ด.ช./ด.ญ./นาย/ นาง/ น.ส. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	ความคิดเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกเทศบาลตำบลนาบอน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ สมควรรับขึ้นทะเบียน ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
คำสั่ง รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่นๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกเทศบาลตำบลนาบอน วัน/เดือน/ปี.....	

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....
วันที่ เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..... เลขที่..... ออกให้ ณ
เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว
ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร..... เลขที่..... ออกให้ ณ
เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ..... แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำได้ด้วยตนเองทั้งสิ้น
เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ /ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)