

## คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองสมุทรสงคราม

### ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองสมุทรสงคราม เลขที่ เลขที่ 541/1 ถ.สมุทรสงคราม-บางแพ ต.แม่กลอง อ.เมืองฯ จ.สมุทรสงคราม โทรศัพท์/โทรสาร 034 766416 ถึง 9 ต่อ 183 <a href="http://www.smsk-city.go.th">http://www.smsk-city.go.th</a> ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้ผู้ป่วย (เอดส์) ที่มีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ต้องยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ต่อผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในเดือนถัดไป

#### หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถ ประกอบอาชีพเลี้ยง

ตนเองได้

#### วิธีการ

1. ผู้ป่วย (เอดส์) ที่ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด

2. กรณีผู้ป่วย (เอดส์) ซึ่งได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วย (เอดส์) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งและย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร ให้ผู้ป่วย (เอดส์) นั้นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วย (เอดส์) ด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนมีภูมิลำเนา และให้ได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วย (เอดส์) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยผู้ป่วย (เอดส์) เพื่อไม่เกิดความซ้ำซ้อน

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

## ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	ผู้รับผิดชอบ
1. ผู้ป่วย (เอ็ดส์) ยื่นขอรับรองจากแพทย์โรงพยาบาลของรัฐ โดยระบุว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ ระยะเวลา 1 วัน	โรงพยาบาลของรัฐ
2. ผู้ป่วย (เอ็ดส์) หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม ระยะเวลา 5 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองสมุทรสงคราม
3. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติ เอกสาร หลักฐาน ระยะเวลา 5 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองสมุทรสงคราม
4. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วย (เอ็ดส์) ในเดือนที่ลงทะเบียน ระยะเวลา 30 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองสมุทรสงคราม
6. บันทึกข้อมูลลงระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะเวลา 5 นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองสมุทรสงคราม

## ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ประมาณ 30 วันทำการ นับจากวันยื่นเรื่อง

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

- บัตรประจำตัวประชาชน
- ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย (เอ็ดส์) ผ่านธนาคาร
- หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
- บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
- สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วย (เอ็ดส์) ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย (เอ็ดส์) ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)

## ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

## การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จังหวัดสมุทรสงคราม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น หมายเลขโทรศัพท์ 034-711424

## ตัวอย่างแบบฟอร์ม

## แบบฟอร์มแบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน .....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม  
ดังนี้

### 1. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรม ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก .....

### 3. การพักอาศัย

( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

( ) พักอาศัยกับ ..... รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

### 4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน .....

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....  
เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....  
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....  
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็น  
ผู้กระทำเองทุกประการ

- ( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์  
โดยให้จ่ายให้แก่.....
- ( ) เป็นเงินสด
- ( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....  
เลขที่บัญชี.....
- ( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

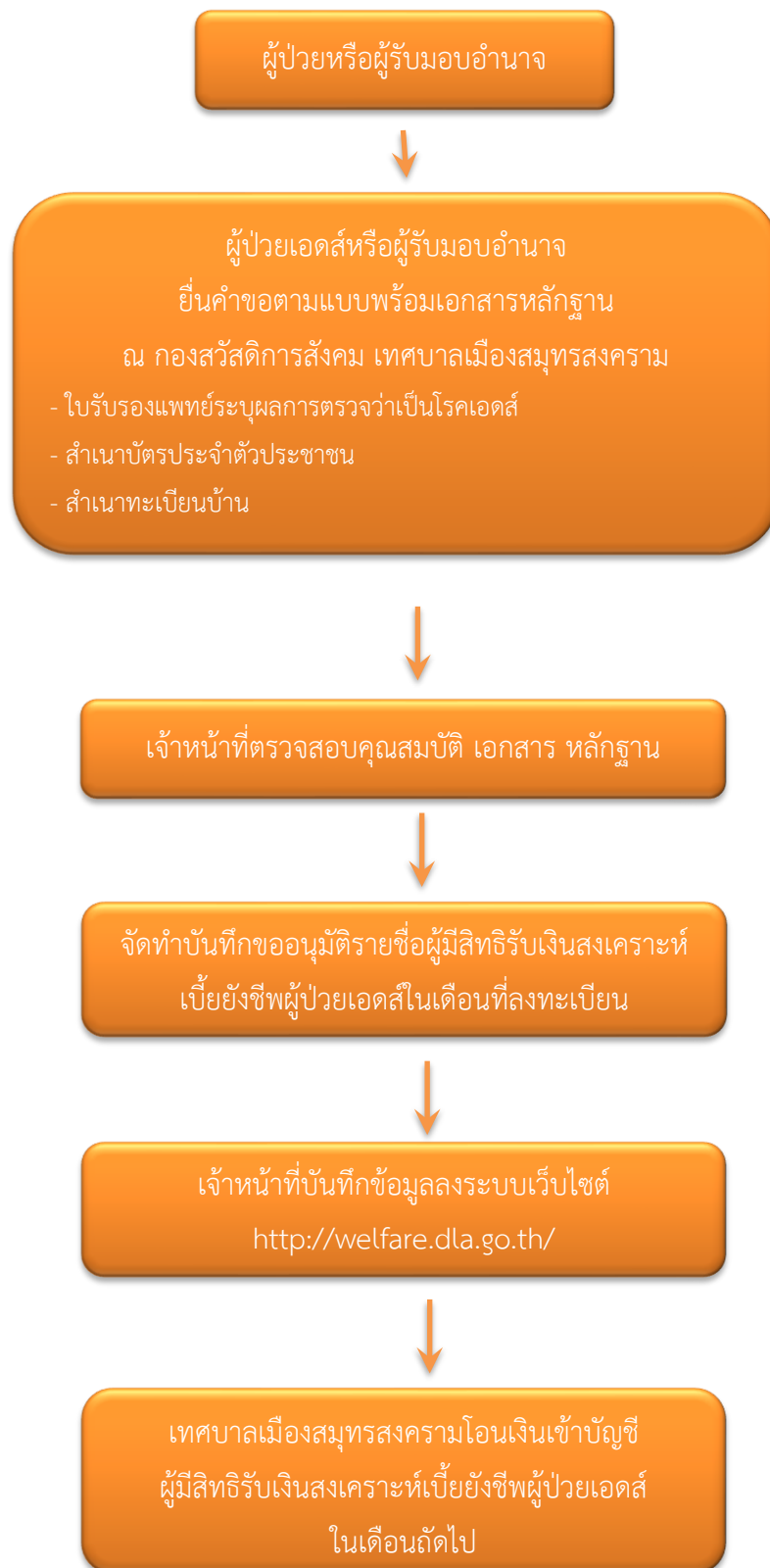
ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

## ขั้นตอนการรับลงทะเบียนและยื่นคำขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ



ระเบียบ : ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548  
ผู้รับผิดชอบ : นางสาวจรีรัตน์ แสงเดือน นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ