

คู่มือสำหรับประชาชน
ตามพระราชบัญญัติอำนาจความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘

| | |
|--|---|
| งานที่ให้บริการ | การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ |
| หน่วยงานที่รับผิดชอบ | กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาตาล อำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร |
| กระทรวง | กระทรวงมหาดไทย |
| ประเภทของงานบริการ | กระบวนการงานบริการที่เปิดเสรีในหน่วยเดียวกัน |
| หมวดหมู่ของงานบริการ | รับแจ้ง |
| กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง | ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ |
| ระดับผลกระทบ | บริการทั่วไป |
| พื้นที่ให้บริการ | ท้องถิ่น |
| กฎหมาย / ข้อกำหนด/ระเบียบที่ระบุระยะเวลาในการดำเนินการของงานบริการ | - |
| กลุ่มผู้ใช้บริการ | ผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลนาตาล |

ขอบเขตของการให้บริการ

| สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ | ระยะเวลาเปิดให้บริการ |
|--|---|
| ๑. ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาตาล อำเภอต่างอย จังหวัดสกลนคร | วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. เวลาพักเที่ยง : ๑๒.๐๐ น. |

หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอและในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัย อยู่พื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบนี้ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ประเภทขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการให้บริการ | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงานที่รับผิดชอบ |
|------------------|--|-------------------|---|
| ๑. การตรวจเอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือรับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสาร หลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ | ๑ นาที | กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาตาล |
| ๒. การพิจารณา | ออกใบนัดหมายตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ | ๕ นาที | กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาตาล |
| ๓. การพิจารณา | ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ | ๑ วัน | กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาตาล |
| ๔. การพิจารณา | จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา | ๑ วัน | กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาตาล |
| ๕. การพิจารณา | พิจารณาอนุมัติ | ๑ วัน | กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาตาล |

ระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๖ นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ชุด
๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ฉบับ
๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด
๖. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) จำนวน ๑ ชุด
๗. ใบรับรองแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ

ค่าธรรมเนียม

- ไม่มี

การรับเรื่องร้องเรียน

องค์การบริหารส่วนตำบลนาตาล ส่วนสวัสดิการสังคม

โทรศัพท์ ๐-๔๒๗๖-๑๓๐๘ หรือเว็บไซต์ www.natanlocalgov.in.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

๑. แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ลงชื่อ



ผู้อนุมัติ

(นายบง วงศ์อินทร์อยู่)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาตาล

