



คู่มือการปฏิบัติงาน

- ➡ การยื่นแบบคำขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



งานสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม
สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลเมืองเก่า
โทรศัพท์ 043-258102-4 ต่อ 115

คำนำ

ด้วยฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเมืองเก่า มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า และส่งเสริมคุณภาพชีวิต รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการรับคำขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548 ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นปัจจุบัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็วและถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว จึงได้ปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานในดำเนินการยื่นแบบคำขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเมืองเก่า หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจถึงสิทธิที่พึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าว และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนที่มาขอรับบริการต่อไป

ฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม
สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลเมืองเก่า

สารบัญ

	หน้า
ผู้ป่วยเอดส์	4
คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	5
ขั้นตอนการลงทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	6
ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	7
การสิ้นสุดการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	9
กำหนดวันจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	10
ภาคผนวก	11
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์	12
แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการเบิก-จ่ายเบี้ยผู้ป่วยเอดส์	13
แบบคำขอลงทะเบียนเพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	14
แบบสอบถามเท็จจริงผู้ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	16
แบบหนังสือมอบอำนาจ	17

ผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

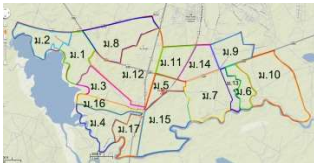
ตรวจสอบดูคุณสมบัติของตัวเองตามรายการดังนี้



(1) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการ
วินิจฉัยแล้ว

(2) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ตามทะเบียนบ้าน (เทศบาลตำบลเมืองเก่า)

(3) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง
หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบ
อาชีพเลี้ยงตนได้



ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อขอรับเงิน สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ยื่นเอกสาร ดังนี้

- ▶▶ ใบรับรองที่แพทย์รับรองและทำการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์จริง
- ▶▶ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ
ที่มีรูปถ่าย
- ▶▶ ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน)
- ▶▶ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจ สำหรับกรณีที่
ผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร

และกรอกแบบฟอร์ม

“แบบคำขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์” ให้กับเทศบาลตำบล
เมืองเก่า

- **หมายเหตุ** : กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง
- ▶▶ จะต้องเขียนหนังสือมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร ให้ผู้ดูแลมายื่นคำขอ
แทน มาติดต่อที่เทศบาลตำบลเมืองเก่า
- ▶▶ พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน
ของผู้ป่วยเอดส์และผู้ดูแลไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย
- **ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ สามารถลงทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยัง
ชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการได้ด้วย

******* ขอรับแบบคำขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ และยื่นเอกสาร
ประกอบได้ที่ ฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม
เทศบาลตำบลเมืองเก่า ในวันเวลาราชการ*******

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงิน

สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า
3. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำร้องได้ที่ ฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลเมืองเก่า โดยนำหลักฐานมา เพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - 3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
 - 3.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง
 - 3.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง
4. กรณีที่ ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้ดูแลมาดำเนินการแทนได้
5. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุ และคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
= ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่)
**ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงิน

สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)



7. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิตลง ผู้ดูแล หรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลเมืองเก่าทราบ ภายใน ๓ วัน หรือทันทีที่ทราบ

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ /AIDs เท่านั้น หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

การสิ้นสุดการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. ถึงแก่กรรม

2. ขาดคุณสมบัติตามข้อ 6

รวมถึง

- ย้ายภูมิลำเนาไปนอกเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า หรือ
- แจ้งสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

หน้าที่ของผู้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง
2. กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ หรือผู้รับมอบอำนาจ แจ้งรับเป็นเงินสดต้องมารับเงินให้ตรงตามวัน เวลา ที่กำหนด
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ ย้ายภูมิลำเนาจากเทศบาลตำบลเมืองเก่าไปอยู่ภูมิลำเนาอื่นต้องไปยื่นยันสิทธิต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันทีที่ตนย้ายไป เพื่อรักษาสิทธิการรับเงินอย่างต่อเนื่องในเดือนถัดไป
4. กรณีผู้ป่วยเอดส์ ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาในเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่า ต้องมายื่นยันสิทธิต่อเทศบาลตำบลเมืองเก่าทันทีที่ตนย้ายไป เพื่อรักษาสิทธิการรับเงินอย่างต่อเนื่องในเดือนถัดไป
5. กรณีตาย ให้ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์แจ้งการตาย ให้เทศบาลตำบลเมืองเก่าได้รับทราบ (พร้อมสำเนามรณะบัตร) ภายใน 3 วัน หรือทันที



กำหนดวันจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ภายในวันที่ 1-10 ของเดือน (ตามความเหมาะสม)

ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้ประสงค์รับเงินผ่าน
ธนาคาร



ผู้ประสงค์รับเงินสด

ตามจุดที่ได้แจ้งไว้ เช่น อาคาร
เอนกประสงค์ของหมู่บ้าน และ
ฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม เทศบาล
ตำบลเมืองเก่า โดยจะมีการแจ้งให้
ทราบล่วงหน้า

โอนเข้าบัญชีธนาคารในนาม
ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์
หรือผู้รับมอบอำนาจ

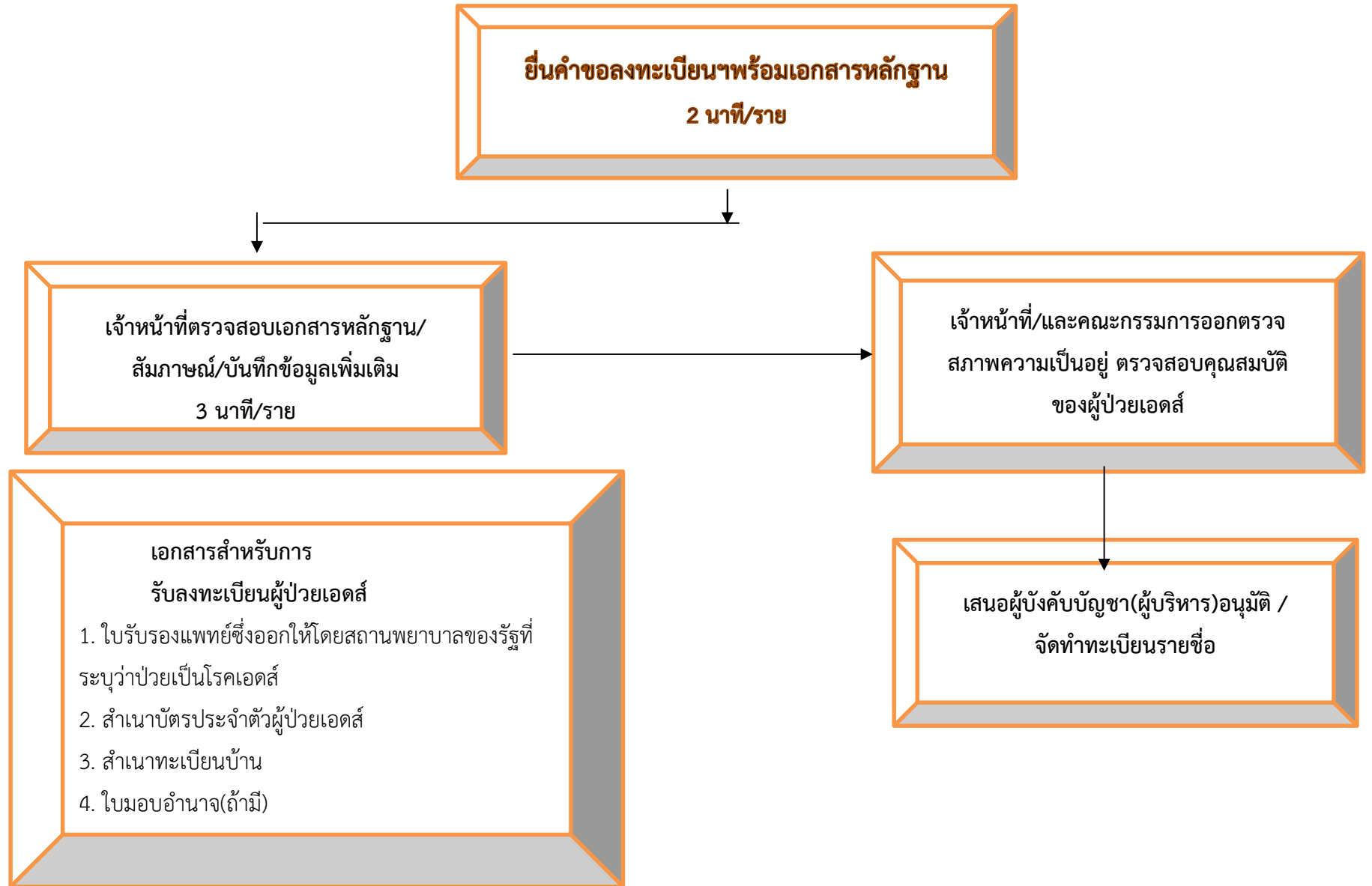
รับเงินสดในนามผู้สูงอายุ คนพิการ
ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจ

ระเบียบ/กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

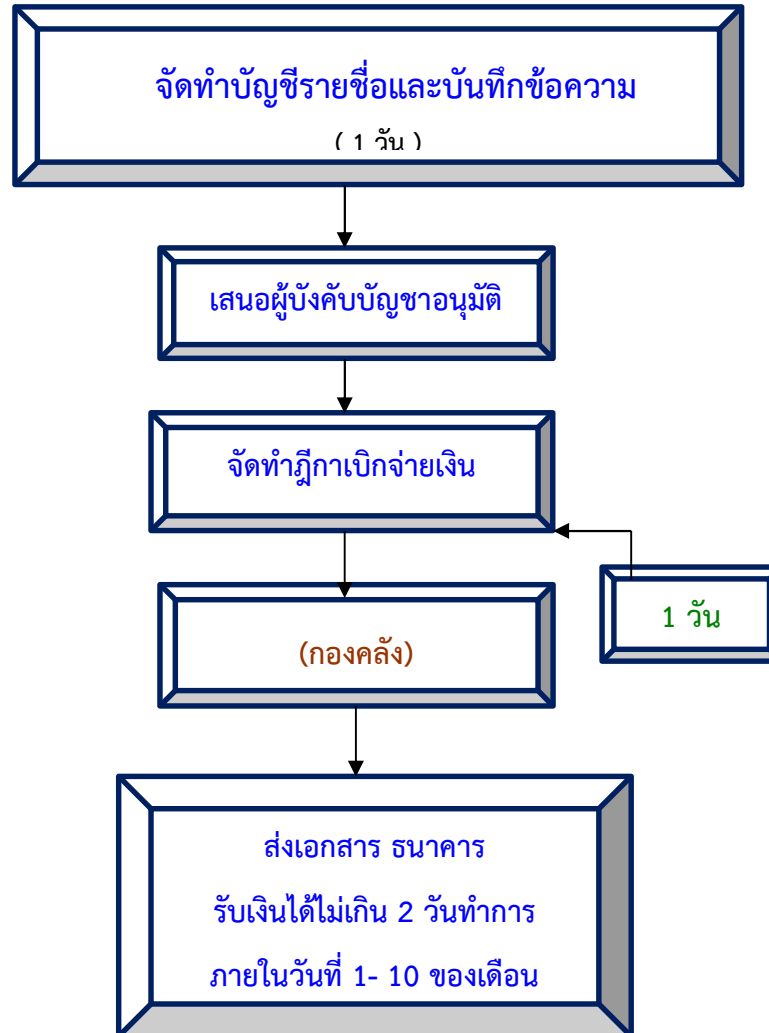
ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อยังชีพขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์)



แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การเบิก-จ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์)



ทะเบียนเลขที่...../25.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25.....

ผู้ยื่นคำขอฯ แจ้งด้วยตนเอง

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ - สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....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. 25..... โดยวิธีดังต่อไปนี้

(เลือก 1 วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิพร้อมแนบเอกสาร ดังนี้
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
 (.....) (.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/

นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน แล้ว

เป็นผู้มีสิทธิครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองเก่า

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน

ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

(.....)

กรรมการ

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน

ไม่รับขึ้นทะเบียน

อื่นๆ

.....
.....

(นายโกเมศ ทีฆนันทน์)

นายกเทศมนตรีตำบลเมืองเก่า

..... / /

แบบสอบถามข้อเท็จจริง

ผู้ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม สำนักปลัดเทศบาล ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ชื่อ - สกุล (ผู้ขอรับบริการ) นาย/นาง/นางสาว.....

ติดต่อขอรับความช่วยเหลือโดย.....

ผู้ขอรับการสงเคราะห์ อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

สถานภาพการสมรส

โสด สมรส หย่าร้าง แยกกันอยู่ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

วัน/เดือน/ปี เกิด.....บัตรประชาชนเลขที่ ---

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ปัจจุบันที่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

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

อาชีพ..... มีรายได้เดือนละ.....บาท

สถานภาพการอยู่อาศัย บ้านตนเอง บ้านบิดา/มารดา/ญาติ บ้านเพื่อน/คนรู้จัก

บ้านเช่า อยู่กับผู้จ้าง ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ลักษณะสถานภาพในที่อยู่อาศัย.....

สภาพสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย.....

จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว.....คน จำนวนบุคคลที่อยู่ในความอุปการะ.....คน

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ(ปี)	ความเกี่ยวข้อง	สุขภาพ	อาชีพ/รายได้	หมายเหตุ

สาเหตุปัญหาความเดือดร้อน.....

ลักษณะการครองชีพของผู้ขอรับบริการและครอบครัว.....

ประวัติการได้รับความช่วยเหลือจาก(หน่วยงาน/องค์กร/บุคคล).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับบริการ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้เยี่ยมบ้าน

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณเมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)