



คู่มือประชาชน

องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก

◆ การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก

อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

โทร. 042-219248 Mail : Haisok2559@gmail.com

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

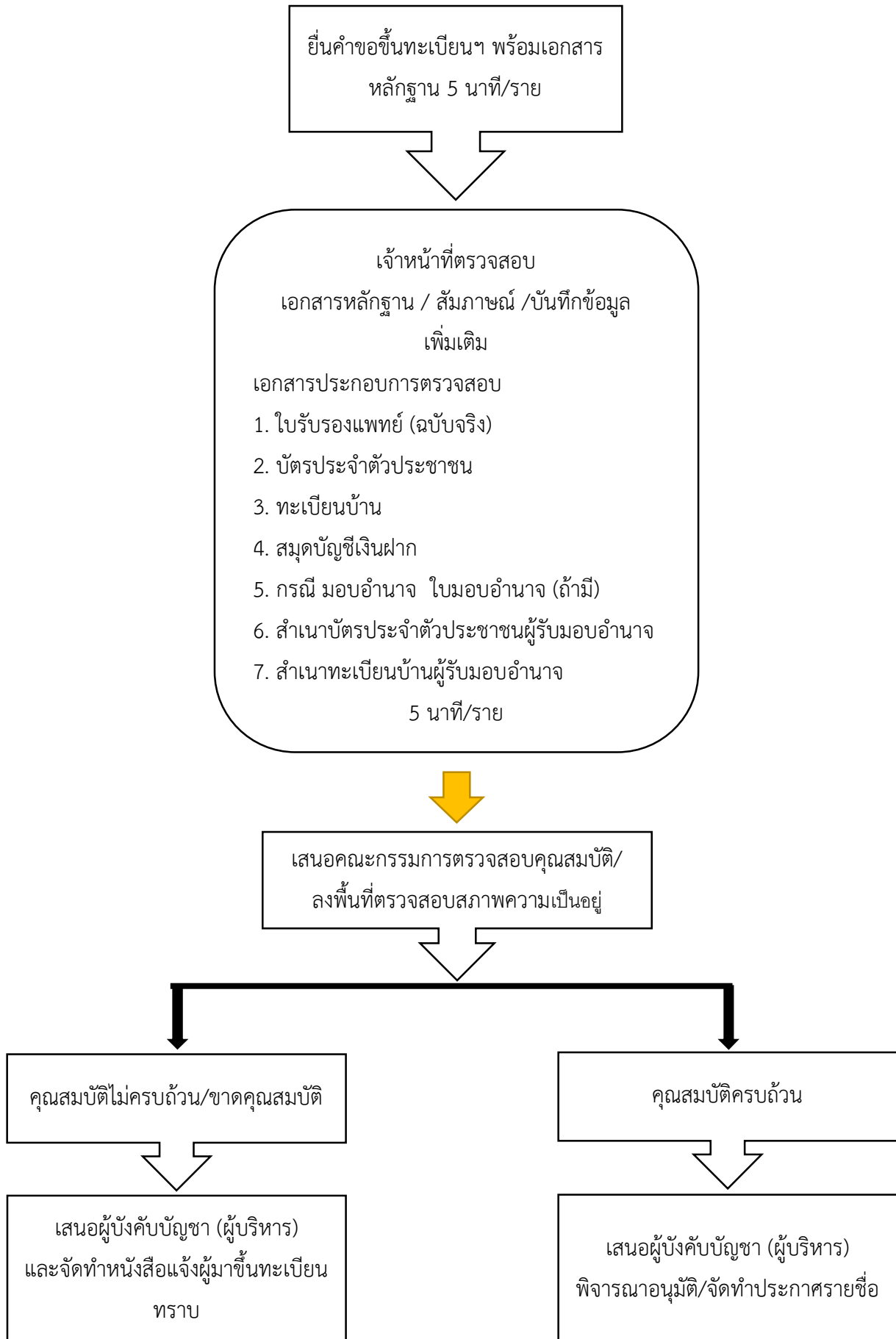
1. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี
3. เป็นผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
4. การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้
 - 4.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ แพทย์ต้องระบุ “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์”
 - 4.2 บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
 - 4.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
5. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจ ให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
6. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า “เอดส์” / “ผู้ป่วยเอดส์” เท่านั้น หากระบุว่า HIV เอชไอวี ผู้มีเชื้อเอชไอวี ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือระบุ เป็นอย่างอื่น ถือว่าไม่เข้าหลักเกณฑ์การได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



ภาคผนวก

แผนผังขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
การรับขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์



แบบคำขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโศก อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยโศก

ด้วย (นาย / นาง / นางสาว)..... อายุปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีชื่อในทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่..... บ้าน..... ตำบลห้วยโศก อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

รหัสไปรษณีย์ 41160 เบอร์โทรศัพท์.....

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ **ผู้ป่วยเอดส์** ประจำปีงบประมาณ โดยขอให้
รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

- เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ซ้ำรูดทรุดโทรม ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน มั่นคงถาวรดี
 เป็นของ (นาย / นาง / นางสาว)..... โดยเกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัย

- อยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้
 สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....
- อยู่ห่างจากชุมชน / หมู่บ้านเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้
 สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....
- อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้
 สะดวก ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

- อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก..... มาเป็นเวลาประมาณ.....ปี
 พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้ประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

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

4. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้เป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (นาย / นาง / นางสาว) บ้านเลขที่.....

หมู่ที่..... บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

แบบสอบถามเท็จจริง
ผู้รับบริการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
องค์การบริหารส่วนตำบลหายโศก อำเภอบ้านฝาง จังหวัดอุดรธานี

1. ลำดับที่.....
2. วัน/ เดือน / ปี ที่รับเรื่อง.....
3. ชื่อ-นามสกุล (ผู้รับบริการ) (นาย / นาง / นางสาว).....
4. วัน / เดือน /ปีเกิด.....
5. อายุ..... ปี
6. ระดับการศึกษา.....
7. บุคลิกภาพ ลักษณะของผู้รับบริการ
8. เชื้อชาติ ไทย อื่น ๆ ระบุ
9. สัญชาติ ไทย อื่น ๆ ระบุ
10. ศาสนา พุทธ อื่น ๆ ระบุ
11. สถานภาพการสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง, แยกกันอยู่ อื่น ๆ ระบุ.....
12. ภูมิลำเนาเดิม บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
13. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
14. ประกอบอาชีพ.....
15. รายได้.....บาท/เดือน
16. ลักษณะที่อยู่อาศัย

<input type="checkbox"/> บ้านของตนเอง	<input type="checkbox"/> บ้านของบิดา - มารดา	<input type="checkbox"/> บ้านญาติ	<input type="checkbox"/> บ้านพักองค์กรเอกชน
<input type="checkbox"/> บ้านเช่า	<input type="checkbox"/> เช่าที่บุคคลอื่น	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
- สภาพภายในที่อยู่อาศัย
- สภาพสิ่งแวดล้อม
17. สภาพครอบครัว.....

18. สมาชิกภายในครอบครัวคน

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เกี่ยวข้อง	การศึกษา	สุขภาพ	อาชีพ	รายได้ (บาท/เดือน)

19. เคยได้รับความช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพหรือไม่

ไม่เคย

เคยได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ระบุ.....

20. การวินิจฉัยปัญหา.....
.....

21. ความเห็นของผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ บ้าน

- **เห็นควรให้ความช่วยเหลือ** โดยอาศัยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่.....

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ตรอก / ซอย.....
 ถนน..... แขวง / ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ตรอก / ซอย.....
 ถนน..... แขวง / ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้า ได้กระทำ
 ด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....)

ลงชื่อ..... พยาน
 (.....)

หลักฐานประกอบ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 สำเนาทะเบียนบ้าน
 เอกสารอื่น ๆ.....

หนังสือแสดงความประสงค์ในการขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหายโศก

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า..... เป็นผู้มิสิทธิได้รับการ
สงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ลำดับที่..... นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ธนาคาร.....
สาขา..... เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)