

คู่มือสำหรับประชาชน : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลโนนโพธิ์ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

๑. ชื่อกระบวนการ:การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ:สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม

๓. ประเภทของงานบริการ:กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ:รับแจ้ง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. ๒๕๔๘

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ท้องถิ่น

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ วัน

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

องค์การบริหารส่วนตำบลโนนโพธิ์ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

โทรศัพท์ ๐๔๕-๕๒๕๙๙๒ เบอร์แฟกซ์ ๐๔๕-๕๒๕๙๙๒ เว็บไซต์: [www.nonpho.go.th](http://www.nonpho.go.th)

ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ (ระยะเวลาเปิดให้บริการ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้สำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

**หลักเกณฑ์**

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการ

ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล

ทุกกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

**วิธีการ**

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุกกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

## ๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภทขั้นตอน    | รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ  | ระยะเวลาให้บริการ | ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ | หมายเหตุ   |
|-----|------------------|--|-------------------|--------------------------------|--|
| ๑)  | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ | ๔๕ นาที           | องค์การบริหารส่วนตำบลโนนโพธิ์  |  |
| ๒)  | การพิจารณา       | ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ   | ๑๕ นาที           | องค์การบริหารส่วนตำบลโนนโพธิ์  |  |
| ๓)  | การพิจารณา       | ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์  | ๓ วัน             | องค์การบริหารส่วนตำบลโนนโพธิ์  |  |
| ๔)  | การพิจารณา       | จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา   | ๒ วัน             | องค์การบริหารส่วนตำบลโนนโพธิ์  |  |
| ๕)  | การพิจารณา       | พิจารณาอนุมัติ   | ๗ วัน             | องค์การบริหารส่วนตำบลโนนโพธิ์  | (๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๗ วันนับแต่วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)<br>๒. ผู้รับผิดชอบคือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น<br>๓. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณาได้แก่สภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติหรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด) |

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๓ วัน

## ๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

## ๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

## ๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสาร<br>ยืนยันตัวตน  | หน่วยงานภาครัฐผู้<br>ออกเอกสาร | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|--|--------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| ๑)  | บัตรประจำตัว<br>ประชาชนหรือบัตร<br>อื่นที่ออกให้โดย<br>หน่วยงานของรัฐที่มี<br>รูปถ่ายพร้อมสำเนา  | -                              | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๒)  | ทะเบียนบ้านพร้อม<br>สำเนา  | -                              | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๓)  | สมุดบัญชีเงินฝาก<br>ธนาคารพร้อมสำเนา<br>(กรณีและผู้ขอรับเงิน<br>เบี้ยยังชีพผู้ป่วย<br>เอดส์ประสงค์ขอรับ<br>เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย<br>เอดส์ประสงค์ขอรับ<br>เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย<br>เอดส์ผ่านธนาคาร)   | -                              | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๔)  | หนังสือมอบอำนาจ<br>(กรณีมอบอำนาจให้<br>ดำเนินการแทน)   | -                              | ๑                       | ๐                    | ฉบับ               | -        |
| ๕)  | บัตรประจำตัว<br>ประชาชนหรือบัตร<br>อื่นที่ออกให้โดย<br>หน่วยงานของรัฐที่มี<br>รูปถ่ายพร้อมสำเนา<br>ของผู้รับมอบอำนาจ<br>(กรณีมอบอำนาจให้<br>ดำเนินการแทน)  | -                              | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๖)  | สมุดบัญชีเงินฝาก<br>ธนาคารพร้อมสำเนา<br>ของผู้รับมอบอำนาจ<br>(กรณีและผู้ขอรับเงิน<br>เบี้ยยังชีพผู้ป่วย<br>เอดส์ประสงค์ขอรับ<br>เงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย<br>เอดส์ประสงค์ขอรับ<br>เงินเบี้ยยังชีพ<br>ผู้สูงอายุผ่าน<br>ธนาคารของผู้รับ<br>มอบอำนาจ) | -                              | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |

๑๖. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดอำนาจเจริญ

๒) ช่องทางการร้องเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลโนนโพธิ์ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

โทรศัพท์ ๐๔๕-๕๒๕๙๙๒ เบอร์แฟกซ์ ๐๔๕-๕๒๕๙๙๒ เว็บไซต์: [www.nonpho.go.th](http://www.nonpho.go.th)