**คูมือสำหรับประชาชน**

**งานที่ให้บริการ การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฉาง**

**ขอบเขตการให้บริการ**

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**

**สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ**

1.สำนักงานปลัดฯ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฉาง วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

โทรศัพท์: 077-331174 (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

โทรสาร : 077-331174 ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

เว็บไซต์ : http://www.tachang.go.th

**หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ**

1.ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

2.ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าฉาง

3.มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ หรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

4.กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

**ขั้นตอนและระยะการให้บริการ**

**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**

**ขั้นตอน**

1.ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฉาง

2.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ

3.เสนอคณะผู้บริหาร

**ระยะเวลา**

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน 1 วัน

**รายการเอกสารหลักฐานประกอบ**

**เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้**

1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ฉบับ

2.สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ฉบับ

3.ใบรับรองแพทย์ จำนวน 1 ฉบับ

4.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา(เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขที่บัญชี) จำนวน 1 ฉบับ

สำหรับกรณีที่ผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ผ่านธนาคาร

**ค่าธรรมเนียม**

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

**การรับเรื่องร้องเรียน**

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฉาง โทรศัพท์ : 077-331174

หรือ เว็บไซต์ : http://www.tachang.go.th

**ตัวอย่างแบบฟอร์ม**

**แบบคำขอรับการสงเคราะห์**

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

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.................................

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...............................................เกี่ยวข้องเป็น....................................................

2 . ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระทาง...........................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.........................................เกี่ยวข้องเป็น...........................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

................................................ ผู้ให้ถ้อยคำ  
 (................................................)

**หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์**

เขียนที่..........................................................

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

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล......................................

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.................................................................เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.......................................................ลำดับที่...................นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.............................สาขา.................................  
 เลขที่บัญชี.....................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(...................................................)

**หนังสือมอบอำนาจ**

เขียนที่..........................................................

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

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล......................................

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

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.......................................................................................

( ) เป็นเงินสด

( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร...................................สาขา....................................

เลขที่บัญชี.........................................................................................

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ............................................................ผู้มอบอำนาจ  
 (...........................................................)

ลงชื่อ............................................................ผู้รับมอบอำนาจ

(...........................................................)  
 ลงชื่อ............................................................พยาน

(...........................................................)   
 ลงชื่อ............................................................พยาน

(...........................................................)