

## คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขานกัณ

### ขอบเขตการให้บริการ

#### สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

งานสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัดฯ  
องค์การบริหารส่วนตำบลเขานกัณ  
โทรศัพท์/โทรสาร : ๐-๕๖๓๗-๕๐๐๓  
เว็บไซต์ : [www.khaochonkan.go.th](http://www.khaochonkan.go.th)

#### ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์  
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)  
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

### หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเขานกัณ อำเภอแม่वंก จังหัดนครสวรรค
- กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

### ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

#### ขั้นตอน

- ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน
- เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร และคุณสมบัติ
- เสนอคณะผู้บริหารเพื่อพิจารณา

#### หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

งานสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัด  
องค์การบริหารส่วนตำบลเขานกัณ  
อำเภอแม่वंก จังหัดนครสวรรค

#### ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง จำนวน ๑ ฉบับ

## ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

## การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นหรือเจ้าหน้าที่บริการไม่สุภาพ สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาชนกัน โทรศัพท์/โทรสาร : ๐-๕๖๓๗-๕๐๐๓ หรือทางเว็บไซต์ : [www.khaochonkan.go.th](http://www.khaochonkan.go.th)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกองคํการบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยั้งชีพผู้ป่วยเอดส์โดย  
ขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

- ๑. ที่พักอาศัย  เป็นของตนเองและมีลักษณะ  ซ้ำรูดทรุดโทรม  ซ้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน
- มั่นคงถาวร  เป็นของ..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- ๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
- สะดวก  ลำบาก เนื่องจาก ..... อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้  สะดวก  ลำบาก เนื่องจาก.....
- .....
- อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้  สะดวก  ลำบาก
- เนื่องจาก .....

- ๓. การพักอาศัย  อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
- พักอาศัยกับ .....รวม .....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน
- ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....
- ๔. 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 นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการ  
สงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- ( ) เป็นเงินสด
- ( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....  
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลขประจำตัว  
ประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
โทรสาร.....เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการ  
หนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

- ( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- ( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

- ( ) เป็นเงินสด
- ( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....  
เลขที่บัญชี.....
- ( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)