

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลลาดทิพรส

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

1. งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลลาดทิพรส

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

โทรศัพท์ : 086-4458396

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

เว็บไซต์ : <https://www.ladtipparat.go.th/>

ตั้งแต่ เวลา 08.30 – 16.30 น.

รับแสดงตนผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

1. ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกโดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลลาดทิพรส
3. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร , คุณสมบัติ
3. เสนอคณะผู้บริหาร

ระยะเวลา

- รวมระยะเวลาดำเนินการ 15 วัน ดังนี้

1. ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ หรือ ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ จำนวน 45 นาที
2. ออกใบนัดหมายตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติจำนวน 15 นาที
3. ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ไม่เกิน 5 วัน นับจากได้รับคำขอ
4. จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณาไม่เกิน 2 วัน นับจากการออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่
5. พิจารณานุมัติไม่เกิน 7 วัน นับแต่วันที่ยื่นคำขอ

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

- | | | | |
|------------------------------------|-------|---|------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. ใบรับรองแพทย์ | จำนวน | 1 | ฉบับ |

ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลลาดทิพรส โทรศัพท์ : 086-4458396 หรือเว็บไซต์ : <https://www.ladtippaot.go.th>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

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

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปีมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขรุขระทรุดโทรม () ขรุขระทรุดโทรมบางส่วน
() มั่นคงถาวร () เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก
เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก
เนื่องจาก

3. การพักอาศัย () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
() พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้ จำนวน.....คน มีรายได้
รวม.....บาท/เดือนผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้
เนื่องจาก.....

4. รายได้ – รายจ่าย มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

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

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

โทรศัพท์โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบล.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงิน

สงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลลาดทิพรส

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลขประจำตัว

ประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำ

การแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)