

วิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักตามคู่มือประชาชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด อบต. องค์การบริหารส่วนตำบลบะ
ขอบเขตการให้บริการ	
สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาที่เปิดให้บริการ
งานสวัสดิการสังคม ห้องสำนัก ปลัด อบต. โทร ๐๔๔-๕๕๑-๐๕๐	วันจันทร์ - วันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. บริการไม่หยุดพักเที่ยง
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ	
<p>ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับบริการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้สามารถมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลบะ</p> <p>ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีสัญชาติไทย ๒. มีภูมิลำเนาตามทะเบียนในเขตตำบลองค์การบริหารส่วนตำบลบะ ๓. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว ๔. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ <p>ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ให้ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่</p>	

ขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการ		
ขั้นตอน	ระยะเวลา	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑. ผู้ป่วยเอดส์มาแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่เพื่อยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์พร้อมหลักฐาน	๑๐ นาที	งานสวัสดิการสังคม สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลละ
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณสมบัติสัมภพณ์/บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม	๕ นาที	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ๑. นางพรทิพย์ ศรีปุ้ยนนท์ นักพัฒนาชุมชน ๒. นายพิชาติ ฉิมงาม ผู้ช่วยเจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน
๓. เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเอดส์ ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ พิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน เป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ	๓ วัน	
๔. เจ้าหน้าที่จัดลำดับผู้ป่วยเอดส์เบื้องต้น และให้ผู้บริหารพิจารณาคัดเลือกขั้นต่อไป	๒ วัน	
ระยะเวลา		
ไม่เกิน ๑๕ นาที/ราย ในการรับคำขอขึ้นทะเบียน และไม่เกิน ๕ วันทำการในการพิจารณาคัดเลือก		
รายการเอกสารหลักฐานประกอบ		
เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้		
<p>๑. ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๒. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าผู้ป่วย “เอดส์”</p> <p>๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาจำนวน ๑ ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)</p> <p>** ในกรณีที่มิคนพิการไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเอง สามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติมดังนี้</p> <p>๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๒. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าผู้ป่วย “เอดส์”</p> <p>๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีแจ้งความประสงค์ขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคาร)</p> <p>** ในกรณีที่มิคนพิการไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเอง สามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนแทนได้ โดยมีเอกสารประกอบเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>๑. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ</p> <p>๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ จำนวน ๑ ฉบับ</p>		

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการขอรับเงินสงเคราะห์

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

องค์การบริหารส่วนตำบลบะ โทร ๐๕๕-๙๕๑๐๕๐

E- mail: Obtba80@gmail.com

เว็บไซต์ www.obtba.go.th/