

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลขามเรียง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลขามเรียง เลขที่ 226 หมู่ที่ 15 ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150 โทรศัพท์/โทรสาร 0-4375-4134 ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน	ระยะเวลาเปิดให้บริการ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น. (มีพักเที่ยง)

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2548

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วย การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้ผู้สูงอายุ(เอดส์) ที่มีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ต้องยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ต่อผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด และมีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในเดือนถัดไป

หลักเกณฑ์

มีสัญชาติไทย

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

วิธีการ

1. ผู้สูงอายุ(เอดส์) ที่ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด
2. กรณีผู้สูงอายุ(เอดส์) ซึ่งได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ(เอดส์) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งและย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร ให้ผู้สูงอายุ(เอดส์) นั้นลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ(เอดส์) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ในเดือนถัดไป ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ต้องได้รับการยืนยันจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมที่จ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยผู้สูงอายุ(เอดส์) เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ
1. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย 2. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน 3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารสำหรับกรณีและผู้ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย(เอดส์) ผ่านธนาคาร 4. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) 5. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) 6. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วย(เอดส์) ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย (เอดส์) ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)

ค่าธรรมเนียม
ไม่มีค่าธรรมเนียม

ขั้นตอนและการให้บริการ	
ขั้นตอน	ผู้รับผิดชอบ
1. ผู้ป่วย (เอดส์) ยื่นขอรับรองจากแพทย์โรงพยาบาลของรัฐ โดยระบุว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ (ระยะเวลา 1 วัน)	โรงพยาบาลของรัฐ
2. ผู้ป่วย (เอดส์) หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอตามแบบ พร้อมเอกสารหลักฐานต่อเทศบาลตำบลขามเรียง (ระยะเวลา 5 นาที)	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลขามเรียง
3. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคุณสมบัติ เอกสาร หลักฐาน (ระยะเวลา 5 นาที)	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลขามเรียง
4. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วย (เอดส์) ในเดือนที่ลงทะเบียน ระยะเวลา 30 วัน	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลขามเรียง
5. บันทึกข้อมูลลงระบบสารสนเทศการจัดการฐานข้อมูล เบี้ยยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ระยะเวลา 5 นาที)	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลขามเรียง

ระยะเวลา
ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ประมาณ 30 วันทำการ นับจากวันยื่นเรื่อง

การรับเรื่องร้องเรียน
ถ้าการบริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ สำนักงานเทศบาลตำบลขามเรียง โทร. 0-4375-4134 และ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอกันทรวิชัย

แบบฟอร์มแบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน

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 () ขำรดทรุดโทรม () ขำรดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

() พักอาศัยกับ รวมคน 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.....เกี่ยวข้องกับ.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน

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

(.....)

แผนผังแสดงขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

