

การขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

	การขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
๑) ขอบเขตการให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> - งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียน - สถานที่ให้บริการ สำนักงานปลัด งานสวัสดิการสังคม ๐๕๕-๕๙๓๑๐๖ - วัน เวลาที่ให้บริการ จันทร์ – ศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. เว้นวันหยุดราชการ
๒) หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	<p>คุณสมบัติของผู้มีสิทธิที่จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์</p> <p>(๑) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>(๒) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้</p> <p>ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติข้างต้นและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ที่ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่</p> <p>ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตัวเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้</p> <p>การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์</p> <p>ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเบี้ยยังชีพ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท หรือตามมติคณะรัฐมนตรีกำหนด</p> <p>การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์</p> <p>๑. ตาย</p> <p>๒. ขาดคุณสมบัติ</p> <p>วิธีการจ่ายเงิน</p> <p>เทศบาลฯ จะจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เป็นประจำทุกเดือนโดยผ่านทางบัญชีธนาคาร ไม่เกินวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน</p>
๓) ขั้นตอนและระยะเวลา	<p>๑. ผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ได้ตลอดปี ณ เทศบาลฯ</p> <p>๒. เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคุณสมบัติ เสนอผู้บริหาร</p> <p>๓. ผู้บริหารอนุมัติ</p> <p>๔. จ่ายเงินเบี้ยสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์</p>
๔) รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	<p>หลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ</p> <p>(๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา</p> <p>(๒) ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา</p> <p>(๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผ่านธนาคาร</p> <p>(๔) ใบรับรองแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ปรากฏอาการ</p>
๕) ค่าธรรมเนียม	ไม่มี
๖) การรับเรื่องร้องเรียน	- โทร.๐๕๕-๕๙๓๑๐๖

แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

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

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลวังเจ้า

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

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

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

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒ . ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

() สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลวังเจ้า

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มี
สิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

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

หนังสือมอบอำนาจ

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

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลวังเจ้า

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
(.....)