

คู่มือการยื่นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์



➤ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ.2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

➤ หลักเกณฑ์

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. เป็นผู้มีชื่อตามทะเบียนบ้านอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดอุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาความซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณา

➤ วิธีการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองท้องถิ่นด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
2. ผู้ป่วยเอดส์ รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

➤ รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

1. ใบรับรองแพทย์ คำวินิจฉัยว่าเป็น โรคเอดส์ จำนวน 1 ฉบับ
2. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
3. ทะเบียนบ้าน (ปัจจุบัน) พร้อมสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
4. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา (กรณีขอรับเงินโดยผ่านธนาคาร) จำนวน 1 ฉบับ
5. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน 1 ฉบับ
6. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีขอรับผ่านธนาคาร) จำนวน 1 ฉบับ

➤ **วันเวลาที่เปิดให้บริการ**

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น.

➤ **หน่วยงานที่รับผิดชอบ**

งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง หมายเลขโทรศัพท์ 035-750960

www.thadindang.go.th

➤ **หมายเหตุ**

เอกสารต้องลงลายมือชื่อ สำเนาถูกต้องทุกฉบับ ผู้ป่วยเอ็ดส์ที่ไม่สามารถเขียนได้ ให้พิมพ์ลายมือแทน

