

## คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: องค์การบริหารส่วนตำบลบริบูรณ์ อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

๑. ชื่อกระบวนการ: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลบริบูรณ์
๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: ขึ้นทะเบียน
๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:
  - ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป
๗. พื้นที่ให้บริการ: ท้องถิ่น
๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -
  - ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ    ๐ วัน

๙. ข้อมูลสถิติ
  - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน    ๐
  - จำนวนคำขอที่มากที่สุด    ๐
  - จำนวนคำขอน้อยที่สุด    ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน    คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

**สถานที่ให้บริการ:** สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลบริบูรณ์

**ระยะเวลาเปิดให้บริการ:** ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น.

**หมายเหตุ:** (เปิดรับการขึ้นทะเบียนตลอดทั้งปี)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

**หลักเกณฑ์**

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบ

อาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

### วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย่ำแย่ที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

### ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

| ที่ | ประเภท<br>ขั้นตอน    | รายละเอียดของขั้นตอนการ<br>บริการ                                                                                                                            | ระยะเวลา<br>ให้บริการ | ส่วนงาน /<br>หน่วยงานที่<br>รับผิดชอบ  | หมายเหตุ                                                                                                                                       |
|-----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑)  | การตรวจสอบ<br>เอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการ<br>สงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ<br>ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน<br>และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้อง<br>ขอลงทะเบียนและเอกสาร<br>หลักฐานประกอบ | ๔๕ นาที               | สำนักปลัด<br>องค์การบริหาร<br>ส่วนตำบล | ๑. ระยะเวลา : ๔๕<br>นาที<br>๒. หน่วยงาน<br>ผู้รับผิดชอบคือ<br>องค์การบริหารส่วน<br>ตำบลบริบูรณ์                                                |
| ๒)  | การพิจารณา           | ออกใบนัดหมายตรวจสภาพ<br>ความเป็นอยู่และคุณสมบัติ                                                                                                             | ๑๕ นาที               | สำนักปลัด<br>องค์การบริหาร<br>ส่วนตำบล | ๑. ระยะเวลา : ๑๕<br>นาที<br>๒. หน่วยงาน<br>ผู้รับผิดชอบคือ<br>องค์การบริหารส่วน<br>ตำบลบริบูรณ์                                                |
| ๓)  | การพิจารณา           | ตรวจสภาพความเป็นอยู่และ<br>คุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับ<br>การสงเคราะห์                                                                                      | ๓ วัน                 | สำนักปลัด<br>องค์การบริหาร<br>ส่วนตำบล | ๑. ระยะเวลา : ไม่<br>เกิน ๓ วันนับจาก<br>ได้รับคำขอ<br>๒. หน่วยงาน<br>ผู้รับผิดชอบคือ<br>องค์การบริหารส่วน<br>ตำบลบริบูรณ์                     |
| ๔)  | การพิจารณา           | จัดทำทะเบียนประวัติพร้อม<br>เอกสารหลักฐานประกอบ<br>ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหาร<br>พิจารณา                                                                     | ๒ วัน                 | สำนักปลัด<br>องค์การบริหาร<br>ส่วนตำบล | ๑. ระยะเวลา : ไม่<br>เกิน ๒ วันนับจาก<br>การออกตรวจ<br>สภาพความเป็นอยู่<br>๒. หน่วยงาน<br>ผู้รับผิดชอบคือ<br>องค์การบริหารส่วน<br>ตำบลบริบูรณ์ |

| ที่ | ประเภท<br>ขั้นตอน | รายละเอียดของขั้นตอนการ<br>บริการ | ระยะเวลา<br>ให้บริการ | ส่วนงาน /<br>หน่วยงานที่<br>รับผิดชอบ  | หมายเหตุ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|-------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๕)  | การพิจารณา        | พิจารณาอนุมัติ                    | ๗ วัน                 | สำนักปลัด<br>องค์การบริหาร<br>ส่วนตำบล | ๑. ระยะเวลา : ไม่<br>เกิน ๗ วันนับแต่<br>วันที่ยื่นคำขอ<br>๒. ผู้รับผิดชอบคือ<br>ผู้บริหารองค์กร<br>ปกครองส่วน<br>ท้องถิ่น<br>๓. กรณีมีข้อขัดข้อง<br>เกี่ยวกับการ<br>พิจารณาได้แก่<br>สภาพความเป็นอยู่<br>คุณสมบัติหรือ<br>ข้อจำกัดด้าน<br>งบประมาณจะแจ้ง<br>เหตุขัดข้องที่ไม่<br>สามารถให้การ<br>สงเคราะห์ให้ผู้ขอ<br>ทราบไม่เกิน<br>ระยะเวลาที่กำหนด |

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๓ วัน

#### ๑๐.งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

- ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

#### ๑๑.รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

##### ๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน                                                                     | หน่วยงาน<br>ภาครัฐผู้<br>ออก<br>เอกสาร | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| ๑)  | บัตรประจำตัวประชาชนหรือ<br>บัตรอื่นที่ออกให้โดย<br>หน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย<br>พร้อมสำเนา | -                                      | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๒)  | ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา                                                                       | -                                      | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๓)  | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร<br>พร้อมสำเนา (กรณีที่มีผู้ขอรับ                                     | -                                      | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |

| ที่ | รายการเอกสารยืนยันตัวตน                                                                                                                                                                                                | หน่วยงาน<br>ภาครัฐผู้<br>ออก<br>เอกสาร | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
|     | เงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์<br>ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ<br>ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ<br>ผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)                                                                                                    |                                        |                         |                      |                    |          |
| ๔)  | หนังสือมอบอำนาจ (กรณี<br>มอบอำนาจให้ดำเนินการ<br>แทน)                                                                                                                                                                  | -                                      | ๑                       | ๐                    | ฉบับ               | -        |
| ๕)  | บัตรประจำตัวประชาชนหรือ<br>บัตรอื่นที่ออกให้โดย<br>หน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย<br>พร้อมสำเนาของผู้รับมอบ<br>อำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้<br>ดำเนินการแทน)                                                                     | -                                      | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |
| ๖)  | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร<br>พร้อมสำเนาของผู้รับมอบ<br>อำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงิน<br>เบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับ<br>เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ<br>ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพ<br>ผู้สูงอายุผ่านธนาคารของ<br>ผู้รับมอบอำนาจ) | -                                      | ๑                       | ๑                    | ชุด                | -        |

## ๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

| ที่                                     | รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม | หน่วยงาน<br>ภาครัฐผู้<br>ออก<br>เอกสาร | จำนวนเอกสาร<br>ฉบับจริง | จำนวนเอกสาร<br>สำเนา | หน่วยนับ<br>เอกสาร | หมายเหตุ |
|-----------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| - ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม |                           |                                        |                         |                      |                    |          |

## ๑๓. ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียม

#### ๑๔. ช่องทางการร้องเรียน

- ๑) ร้องเรียน ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบริบูรณ์
- ๒) เว็บไซต์ : [www.boriboonth.go.th](http://www.boriboonth.go.th)
- ๓) โทรศัพท์ : ๐๙ ๙๑๗๖ ๑๓๓๓
- ๔) E-mail : [boriboonthsichomphu.kk@gmail.com](mailto:boriboonthsichomphu.kk@gmail.com)
- ๕) ทางไปรษณีย์ : ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบริบูรณ์  
เลขที่ ๔๑๗ หมู่ที่ ๙ ต.บริบูรณ์ อ.สีชมพู  
จ.ขอนแก่น ๔๐๒๒๐

#### ๑๕. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

- แบบคำขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

| แบบคำขอรับการสงเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ลำดับที่ (เรียงตามลำดับพ.ศ....) (วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)</p> <p>เรียน .....</p> <p>ตัว...(คำนำหน้านาม ชื่อ - สกุล ผู้ป่วยเอดส์)...และประจักษ์บัตรประชาชน.....</p> <p>เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....</p> <p>ถนน.....ตำบล.....หมู่ที่.....ตำบล.....</p> <p>อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>ขอแจ้งความประสงค์ ขอร้องการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการซื้อยาต้านไวรัสเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้</p> <p>1. ที่พักอาศัย</p> <p>( ) เป็นของตนเอง และมีสิทธิ์ขาย ( ) จ้างเช่าหอพักเอกชน ( ) จ้างเช่าหอพักสาธารณะ ( ) อื่นๆ.....</p> <p>( ) เป็นของ.....</p> <p>2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านพักที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้</p> <p>( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....สามารถเดินทางได้</p> <p>( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....สามารถเดินทางได้</p> <p>( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....สามารถเดินทางได้</p> <p>3. การพักผ่อน</p> <p>( ) อยู่ห้องเดี่ยว เนื่องจาก.....</p> <p>( ) พักอาศัยกับ.....คน เป็นผู้ที่สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน</p> <p>มีรายได้รวม.....บาทต่อเดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....</p> <p>4. รายได้ - รายจ่าย</p> <p>มีรายได้รวม.....บาทต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้.....</p> <p>นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....</p> <p>บุคคลที่สามารถติดต่อได้ (คำนำหน้านาม ชื่อ - สกุล).....สถานพินิจคดีละเมิด.....</p> <p>ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....</p> <p>อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>โทรศัพท์.....โทรสาร.....</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้แจ้งเป็นความจริงทุกประการ</p> <p style="text-align: right;">ผู้ให้ข้อมูล</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> | <p>เรียน .....</p> <p>(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)</p> <p>ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า (คำนำหน้านาม ชื่อ - สกุล).....เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เงิน</p> <p>สงเคราะห์เพื่อการซื้อยา.....ลำดับที่.....</p> <p>ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้</p> <p>( ) เป็นเงินสด</p> <p>( ) โอนเงินบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....</p> <p>เลขที่บัญชี.....</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป</p> <p style="text-align: right;">ขอแสดงความนับถือ</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> |