

**คู่มือสำหรับประชาชน : คู่มือการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วย
เอสดี**

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ : ส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหาร
ส่วนตำบลสระโพนทอง**

กระทรวง : มหาตไทย

ส่วนของการสร้างกระบวนการ

- ๑. ชื่อกระบวนการ : คู่มือการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอสดี**
- ๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ : องค์การบริหารส่วนตำบลสระโพน
ทอง**
- ๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว**
- ๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง**
- ๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบ
กระทรวงมหาดไทยว่าด้วย
การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นพ.ศ. ๒๕๔๘**
- ๖. ระดับผลกระทบ : บริการที่มีความสำคัญด้านเศรษฐกิจ/สังคม
 บริการทั่วไป**
- ๗. พื้นที่ให้บริการ: องค์การบริหารส่วนตำบลสระโพนทอง**
- ๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา (ชื่อ
กฎหมาย/ข้อบังคับ) : -
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ : ๐
หน่วยเวลา วัน**

ส่วนของคู่มือประชาชน

- ๙. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน (เพื่อใช้ในระบบจัดการข้อมูล
เท่านั้น) :**

คู่มือการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอสดี

๑๐. ช่องทางการให้บริการ :

๑) ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

สถานที่ให้บริการ: ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลสระ
โพนทอง

ระยะเวลาเปิดให้บริการ : เปิดให้บริการตลอด ๒๔
ชั่วโมง

- วันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ
- วันพฤหัสบดี
- วันศุกร์
- วันเสาร์ วันอาทิตย์
- ไม่เว้นวันหยุดราชการ
- มีพักเที่ยง

เวลาเปิดรับคำขอ : เวลาเปิดรับคำขอ ๐๘.๓๐ น.

เวลาปิดรับคำขอ ๑๖.๓๐ น.

๑๑. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ และในการ พิจารณาอนุญาต(ถ้ามี):

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์
เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. ๒๕๔๘
กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมี
ความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหาร
ท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับ
การสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมา
ดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มี
ลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

๑๒. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของ ขั้นตอนการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน/ หน่วยงาน	หมายเหตุ
-----	-------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------------	----------

		บริการ		ที่ รับผิดชอบ	
๑	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะ ข อ ร ับ ก า ร สงเคราะห์หรือ ผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อม เอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคำร้อง ขอลงทะเบียนและ เอกสารหลักฐาน ประกอบ	๔๕ นาที	อบต. สระโพน ทอง	
๒	การพิจารณา	ออกใบนัดหมาย ตรวจสภาพความ เป็น น อ ยู่ แ ล ะ คุณสมบัติ	15 นาที	อบต. สระโพน ทอง	
๓	การพิจารณา	ตรวจสภาพความ เป็น น อ ยู่ แ ล ะ คุณสมบัติของผู้ที่ ประสงค์รับการ สงเคราะห์	3 วัน	อบต. สระโพน ทอง	
๔	การพิจารณา	จัดทำทะเบียน ประวัติพร้อม เอกสารหลักฐาน ประกอบความเห็น เพื่อเสนอผู้บริหาร พิจารณา	2 วัน	อบต. สระโพน ทอง	
๕	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	7 วัน	อบต. สระโพน ทอง	

ระยะเวลาดำเนินการรวม 13 วัน

๑๓. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑. เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๒	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-

๒. เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร	จำนวนเอกสาร	หน่วยนับ	หมายเหตุ
-----	-------------------------	----------------------------	-------------	-------------	----------	----------

		ออกเอกสาร	ฉบับ จริง	สำเนา	เอกสาร	
๑	ใบรับรองแพทย์) แพทย์ต้องระบุว่า เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ (โรงพยาบาล	๑	๐	ฉบับ	

๑๔. ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียม

๑๕. ช่องทางการร้องเรียน:

- ๑) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสระโพ้นทอง
หมายเลข โทร. ๐๔๔-๘๖๙๑๓๓