**คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์ \* อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

1. **ชื่อกระบวนงาน**: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน:** เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์ \* อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น
3. **ประเภทของงานบริการ:** กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ:** รับแจ้ง
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 |

1. **ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป
2. **พื้นที่ให้บริการ:** ท้องถิ่น
3. **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา** -

**ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ** 0 วัน

1. **ข้อมูลสถิติ**

**จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน** 0

**จำนวนคำขอที่มากที่สุด** 0

**จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด** 0

1. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** สำเนาคู่มือประชาชน 18/07/2015 17:03 การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์
2. **ช่องทางการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | **สถานที่ให้บริการ** เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน  **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** เปิดให้บริการวัน จันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น.  **หมายเหตุ** (ระยะเวลาเปิดให้บริการ 1 – 30 พฤศจิกายน ของทุกปี) |

1. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้  
  
  
  
 หลักเกณฑ์  
  
  
 ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้  
  
1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว  
  
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
  
 3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัย อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน  
  
  
 วิธีการ  
  
  
 1. ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้  
  
 2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อน เป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ  
  
 3.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

1. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

| **ที่** | **ประเภทขั้นตอน** | **รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลาให้บริการ** | **ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสารหลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ | 45 นาที | เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์ \* อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น | (1. ระยะเวลา : 45 นาที (ระบุระยะเวลาจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ เทศบาล.....(ระบุชื่อ) / องค์การบริหารส่วนตำบล.....(ระบุชื่อ) / เมืองพัทยา) |
| 2) | การพิจารณา | ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่ และคุณสมบัติ | 15 นาที | เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์ \* อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น | (1. ระยะเวลา : 15 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์) |
| 3) | การพิจารณา | ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ | 3 วัน | เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์ \* อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น | (1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 3 วัน นับจากได้รับคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์) |
| 4) | การพิจารณา | จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา | 2 วัน | เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์ \* อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น | (1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 2 วัน นับจากการออกตรวจสภาพความเป็นอยู่ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบ คือ เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์) |
| 5) | การพิจารณา | พิจารณาอนุมัติ | 7 วัน | เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์ \* อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น | (1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 7 วัน นับแต่วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. ผู้รับผิดชอบ คือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณา ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติ หรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด ) |

**ระยะเวลาดำเนินการรวม** 13 วัน

1. **งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว**

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

1. **รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

**15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ**

| **ที่** | **รายการเอกสารยืนยันตัวตน** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสาร ฉบับจริง** | **จำนวนเอกสาร สำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 2) | ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 3) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร) | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 4) | หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | - | 1 | 0 | ฉบับ | - |
| 5) | บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐ ที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 6) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) | - | 1 | 1 | ชุด | - |

**15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

| **ที่** | **รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสาร ฉบับจริง** | **จำนวนเอกสาร สำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร** | **หมายเหตุ** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม* | | | | | | |

1. **ค่าธรรมเนียม**

|  |
| --- |
| *ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม* |

1. **ช่องทางการร้องเรียน**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | **ช่องทางการร้องเรียน** เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์ โทร 043376173 ***หมายเหตุ*** *-* |

1. **ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก**

|  |
| --- |
| *ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก* |

1. **หมายเหตุ**

-

|  |  |
| --- | --- |
| **วันที่พิมพ์** | 20/07/2558 |
| **สถานะ** | เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว |
| **จัดทำโดย** | เทศบาลตำบลชลบถวิบูลย์ อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น สถ.มท. |
| **อนุมัติโดย** | นางปราณี สุพรรณฝ่าย |
| **เผยแพร่โดย** | - |