

งานที่ให้บริการ	การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่ายาง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ
องค์การบริหารส่วนตำบลท่ายาง

ระยะเวลาเปิดให้บริการ
วันจันทร์ ถึง วันศุกร์
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)
ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

จังหวัดนครศรีธรรมราช 80240

โทรศัพท์ : 0-7548-9111

โทรสาร : 0-7548-9111

หลักเกณฑ์ เงื่อนไขและวิธีการในการยื่นคำขอ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
คุณสมบัติของผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีหนังสือรับรองผู้ป่วยเอดส์

ขั้นตอนการยื่นคำขอ

ผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีหลักฐานพร้อมสำเนาที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยผู้ผู้ป่วยเอดส์ลงลายมือชื่อรับรองความถูกต้อง ดังต่อไปนี้

- 1) บัตรประจำตัวบัตรประจำตัวประชาชน
- 2) ทะเบียนบ้าน
- ๓) หนังสือรับรองผู้ป่วยเอดส์โดยแพทย์วินิจฉัยแล้ว
- ๔) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร สำหรับกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์

ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร

ในกรณีมีความจำเป็นที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนได้ผู้ป่วยเอดส์อาจมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพแทน

ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ซึ่งมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งและย้ายภูมิลำเนาไปอยู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือกรุงเทพมหานคร

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุยังคงจ่ายเงินต่อไปจนกว่าจะสิ้นสุดปีงบประมาณนั้น

วิธีการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้จ่ายในอัตราเดือนละห้าร้อยบาท

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยความพิการ

สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบนี้สิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) ตาย
- 2) ขาดคุณสมบัติ
- 3) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเงิน

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

๑. ผู้ยื่นขออนุญาตยื่นเอกสารการขึ้นทะเบียน
๒. ตรวจสอบเอกสาร โดยคณะกรรมการตรวจสอบเอกสาร
๓. นำเสนอผู้บริหารท้องถิ่น อนุมัติรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงิน
๔. แจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินให้ สนง. ท้องถิ่นจังหวัดทราบก่อนเดือนมีนาคมของทุกปี เพื่อแจ้ง กรมฯ จัดตั้งงบประมาณต่อไป

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

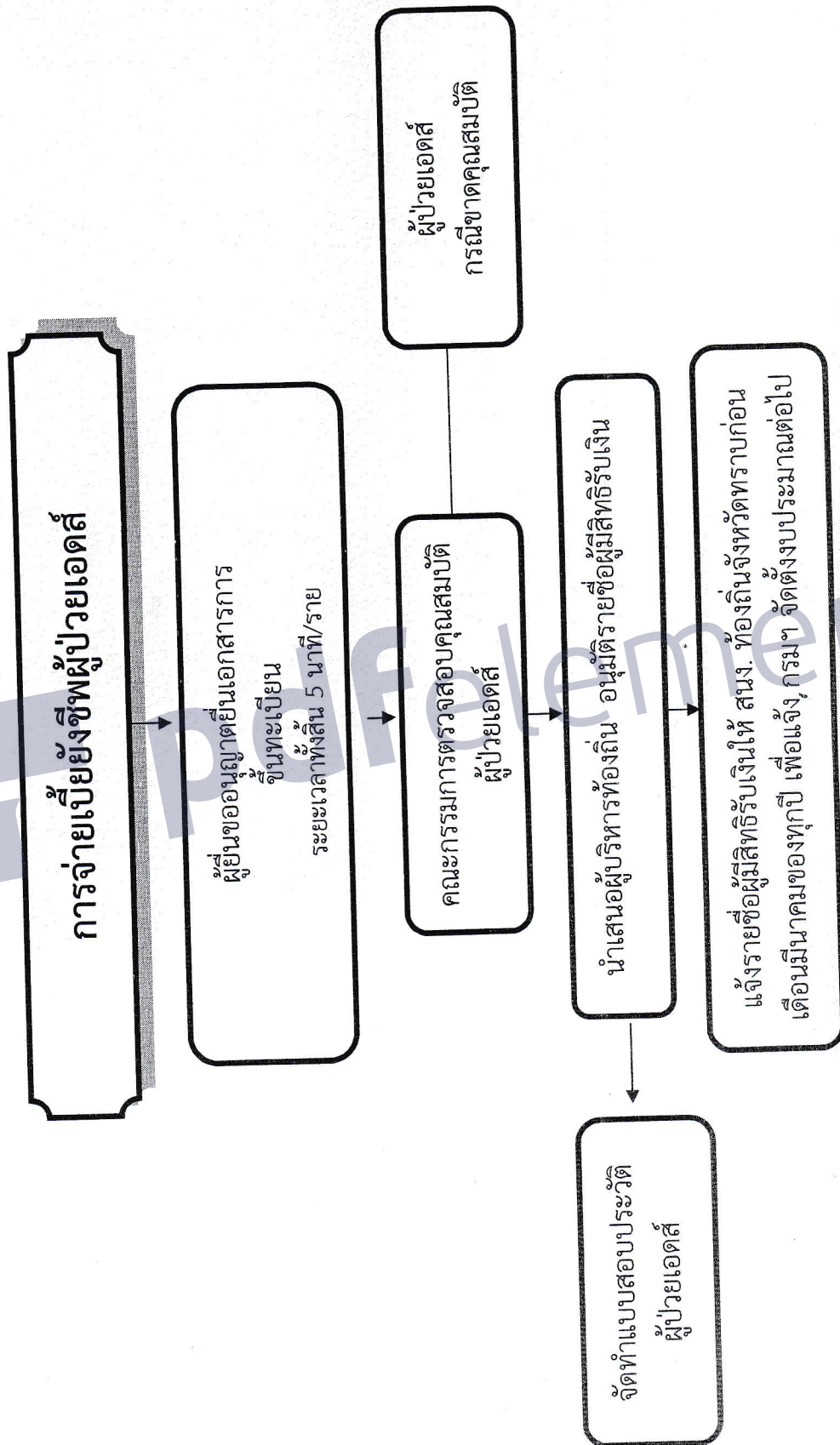
งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่ายาง

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. หนังสือรับรองผู้สูงอายุที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว
4. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ)
๕. อื่นๆ

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม



การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลท่ายาง
โทรศัพท์ 0-7548-9111 หรือเว็บไซต์ www.thayang.go.th

 pdfelement

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

(ลับเฉพาะ)

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในบ้านเลขที่.....

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

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม
ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

() เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ชำรุดทรุดโทรมมากบางส่วน () มั่นคงถาวรดี

() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....

สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....

สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....

สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

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

() พักอาศัยกับ.....รวม.....คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้-รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้เป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

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

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

(ลับเฉพาะ)