คู่มือการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ของ เทศบาลเมืองดอนสัก ตำบลดอนสัก

อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

งานสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม

เทศบาลเมืองดอนสัก

ผู้ป่วยเอดส์ หมายความว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา 08.30 น.- 12.00 น. และ เวลา 13.00 น. – 16.30 น.

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองดอนสัก

ติดต่อสอบถามข้อมูล

โทรศัพท์ 0-7737-1871 ต่อ 113, 114

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้มีอุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

คุณสมบัติของผู้ขึ้นทะเบียนรับเงิน

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเมืองดอนสัก

3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติข้างต้นและมีความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์ ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่

– ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถดำเนินการมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้

เอกสารในการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. ใบรับรองแพทย์โดยให้ระบุว่า “เป็นผู้ป่วยเอดส์” ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ
2. ทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์
4. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ป่วยเอดส์ประสงค์รับเงินสงเคราะห์ผ่านธนาคาร

วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

จ่ายเงินตามที่ระเบียบกำหนด คือเดือนละ 500 บาท โดยการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ป่วยเอดส์ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนานจากผู้มีสิทธิ

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สิ้นสุดลงในกรณีต่อไปนี้

1.ตาย

2.ขาดคุณสมบัติ

3.แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ เป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1.ตาย

2.ขาดคุณสมบัติ

3.แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ เป็นหนังสือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

กรณีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าวสิ้นสุดลง ให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สั่งระงับการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สำหรับบุคคลดังกล่าวทันที

การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. ตรวจสอบรายชื่อของตัวเอง

2. เมื่อย้ายภูมิลำเนาจากเทศบาลเมืองดอนสัก ไปอยู่ภูมิลำเนาอื่น

3. ต้องแจ้งข้อมูลเพื่อให้เทศบาลเมืองดอนสัก ได้รับทราบ

4. ให้ผู้ที่รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแสดงการมีชีวิตอยู่ต่อเทศบาลเมืองดอนสัก ระหว่าง 1-5 ตุลาคมของทุกปี

5. กรณีตายให้ญาติของผู้รับเงินเบี้ยยังชีพแจ้งการตายให้เทศบาลเมืองดอนสัก (พร้อมสำเนามรณะบัตร)

ภาคผนวก

ตัวอย่างแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนเลขที่...../2566

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องเป็นกับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน
ชื่อ – สกุล.....เลขประจำตัวประชำชน .....ที่
อยู่.....
โทรศัพท์.....

เขียนที่.เทศบาลเมืองดอนสัก
วันที่.....เดือน.....พ.ศ....2565

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่อ
อยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบลดอนสัก
อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ 84220 โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐ บิดา–มารดา ☐ บุตร ☐สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....
สถานภาพรัยสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองเบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง
☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)
☐ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์ จริง
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(.....) (.....)

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ตัวอย่างการกรอกแบบฟอร์มคำขอลงทะเบียน
รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนเลขที่...../2566

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง [ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องเป็นกับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน
ชื่อ – สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน .....ที่
อยู่.....
โทรศัพท์.....

เขียนที่ เทศบาลเมืองดอนสัก
วันที่ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ID นามสกุล มากมี
เกิดวันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ. 2520 อายุ 44 ปี สัญชาติ ไทย มีชื่อ
อยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ 6 หมู่ที่ 7 ซอย - ถนน - ตำบลดอนสัก
อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ 84220 โทรศัพท์ 087 - 2451876
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ 3-8020-60871-00-1
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☑ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ.....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ นายมี มากมี โทรศัพท์ 062 - 8761869
เกี่ยวข้องโดยเป็น ☑ บิดา–มารดา ☐ บุตร ☐ สามี-ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่นๆ.....

สถานภาพรัยสวัสดิการภาครัฐ ☑ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองเบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก 1วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
☑ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
☑ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)
☑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์ จริง
☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ID มากมี ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(นายID มากมี) (นางสาวดวงใจ นุ่นสังข์)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

หมายเหตุ : ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ