

การขึ้นทะเบียน

รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์
เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

คุณสมบัติผู้มีสิทธิยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ติดเชื้อเอดส์ ดังนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. เป็นผู้มีภูมิลำเนาหรือมีชื่อในทะเบียนราษฎรในเขตพื้นที่ อบต. ร่อนทอง
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้
4. ได้รับการรับรองและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์

หลักฐานในการลงทะเบียน ดังนี้

1. เอกสารรับรองจากสถานพยาบาลของรัฐ ระบุว่า เป็นผู้ติดเชื้อ HIV ฉบับจริง
2. บัตรประจำตัวประชาชน
3. ทะเบียนบ้าน
4. สมุดบัญชีธนาคาร



การขึ้นทะเบียน

รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ขั้นตอนการให้บริการ

1. ผู้ป่วยยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์
2. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบคุณสมบัติ
3. เสนอคณะผู้บริหาร รับรองคุณสมบัติ

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถขึ้นทะเบียนด้วยตนเองได้ ท่านสามารถฝากเอกสารหลักฐานให้แก่ผู้อื่นได้ โดยลงลายมือชื่อหรือรอยนิ้วมือลงบนเอกสารยืนยันสำเนาเอกสารหลักฐานให้กับทาง อบต.ร่อนทอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคาร สามารถใช้สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้อื่นได้ โดยเซ็นหนังสือมอบอำนาจมาให้พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และเอกสารหลักฐานซึ่งกล่าวมาทั้งหมดในข้างต้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทำการยื่นเอกสารให้กับทาง อบต.ร่อนทองแล้ว อบต.ร่อนทองจะดำเนินการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่ามีคุณสมบัติในการขอรับเงินสงเคราะห์เอดส์ หรือไม่ เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วทาง อบต.ร่อนทองจะนำรายชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติ หลังจากผู้บริหารท้องถิ่นทำการอนุมัติ และผู้ป่วยได้ทำการ ขึ้นทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว **ผู้ป่วยจะมีสิทธิ์ได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไป โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ เป็นจำนวนเงิน 500 บาท ต่อเดือน**

การเปลี่ยนแปลงรายชื่อผู้มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์

1. ถึงแก่กรรม
2. ขาดคุณสมบัติ ตามข้อ 6



แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยื่นยื่นสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอยื่นยื่นสิทธิ

ชื่อ--สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ).....

เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ ---- ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม (เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ(ระบุ).....) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน

.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ ----

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....

รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....บาท อาชีพ.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

ยังไม่ได้รับการลงทะเบียนเบี้ยยังชีพ ได้รับการลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับการลงทะเบียนเบี้ยความพิการ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่บัญชี.....

พร้อมเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

*ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญหรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ

รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่

เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ ต.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว/

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□□□-□□-□

เป็นผู้มิคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก

(ลงชื่อ)

(.....)

เจ้าหน้าที่

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกองต์การบริหารส่วนตำบลร่อนทอง

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว
มีความเห็นดังนี้

สมควรรับขึ้นทะเบียน ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรรมการ (ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ)

(นายนิกร โทธีน้อย)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลร่อนทอง

วัน/เดือน/ปี