

คู่มือ
การยื่นแบบคำร้องขอรับเงิน
สงเคราะห์ (ผู้ป่วยเอดส์)

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
งานสวัสดิการสังคม
อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี
โทร. 032 – 706155 โทรสาร. 032 - 706156

คำนำ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลเขากระปุก ให้ได้รับความช่วยเหลือตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการยื่นแบบคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ (ผู้ป่วยเอดส์) ตลอดจนเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องที่นำไปสู่การบริการที่อำนวยความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องให้กับประชาชนผู้มาติดต่อราชการ

องค์การบริหารส่วนตำบลเขากระปุกหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและทราบถึงสิทธิสวัสดิการตามกฎหมาย รวมทั้งทราบขั้นตอนการปฏิบัติงานของทางราชการ

งานสวัสดิการสังคม
สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
สารบัญ	
ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ	1
การยื่นแบบคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์	2
ขั้นตอนการยื่นแบบคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์	2
การจ่ายเงินสงเคราะห์	3
การสิ้นสุดการรับเงินสงเคราะห์	4
สารพันคำถาม	5
ภาคผนวก	
แบบคำขอขอรับการสงเคราะห์	
หนังสือมอบอำนาจ	
หนังสือรับรองการมีชีวิตร	
สารพันคำถาม	

ความเป็นมาและความสำคัญในการจัดทำคู่มือ

คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานทั้งระดับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้นๆ อย่างเป็นระบบและครบถ้วนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการ เช่น การสอนงาน การตรวจสอบ การทำงาน การควบคุมงาน การติดตามงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรเปรียบเสมือนแผนที่บอกเส้นทางการทำงานที่มีจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุด มีคำอธิบายตามที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไว้อ้างอิงไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานตามแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ที่มุ่งไปสู่การบริการขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้การทำงานของส่วนราชการได้มาตรฐานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพสำเร็จลุล่วงตามระยะเวลาที่กำหนด คู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ดังนี้

1. เพื่อให้หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือฯ เพื่อประกอบการปฏิบัติงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกันรวมถึงป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สำหรับการจัดทำคู่มือ การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานของฝ่ายต่างๆ เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของสวัสดิการสังคมให้ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร เมื่อใด กับใคร และควรทำอะไรก่อนและหลัง โดยมีเอกสารอ้างอิงในการปฏิบัติงาน
2. เพื่อให้การปฏิบัติงานของงานสวัสดิการสังคมมีแนวทางการปฏิบัติเป็นตามมาตรฐาน และเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ได้ผลิตผลหรือการบริการที่มีคุณภาพงานสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนด
3. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว รวมทั้งผู้ที่สนใจใฝ่รู้ได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงาน และสามารถนำไปใช้ป็นสื่อในการติดต่อประสานงาน
4. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารเพื่อใช้ในการทบทวนและตรวจติดตามงานได้ทุกขั้นตอน

การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ (ผู้ป่วยเอดส์)

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์

1. เป็นผู้ที่มีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็น โรคเอดส์จริง (ต้องระบุในใบรับรองแพทย์ว่าเป็นโรคเอดส์ เท่านั้น)
2. เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลเขากระปุก
3. เป็นผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะ
4. ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ขั้นตอนการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์

ยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ (ผู้ป่วยเอดส์) ได้ที่สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล งานสวัสดิการสังคม โดยมีเอกสาร ดังนี้

- 3.1 ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์จริง
- 3.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 3.3 สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3.4 บัญชีธนาคาร ธกส. (ได้ทุกสาขา) เนื่องจากบัญชีอื่นมีค่าธรรมเนียมในการโอนเงิน
- 3.5 หนังสือมอบอำนาจกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เมื่อเจ้าหน้าที่รับคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้วจะลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสอบสถานะทางครอบครัวและประเมินตามหลักเกณฑ์
2. การจัดทำบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสนอผู้บริหารพิจารณาอนุมัติให้ความช่วยเหลือ
3. เสนอบันทึกรายชื่อความขออนุมัติเบิกจ่ายเงินเบี้ยยังชีพประจำเดือนต่อผู้บริการท้องถิ่น

จำนวนเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- เดือนละ 500 บาท

วิธีการจ่ายเงินสงเคราะห์

โดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของผู้มีสิทธิหรือผู้รับมอบอำนาจภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน

การสิ้นสุดการรับเงินสงเคราะห์

1. ตาย
2. ย้ายภูมิลำเนา
3. ยื่นสละสิทธิในการขอรับเงินสงเคราะห์

หมายเหตุ : กรณีย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ตำบลอื่นต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ใหม่ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาไปและหากได้รับการพิจารณาจะได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ในเดือนถัดไป โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเดิมจะหยุดจ่ายในเดือนถัดไป

กรณีที่ผู้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติต้องแจ้งให้ อบต.เขากระปุก ทราบภายใน 3 วัน

ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ต้องมายืนยันความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ภายในเดือนตุลาคมของทุกปี หรืออาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายืนยันความประสงค์ก็ได้ซึ่งต้องมีหนังสือมอบอำนาจมาด้วย

สารพันคำถาม

(ถาม) กรณีรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยความพิการ สามารถยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ได้หรือไม่

(ตอบ) ได้ ในกรณีอยู่ในเกณฑ์ผู้ยากจน ยากไร้ ด้อยโอกาส และไม่มีผู้ดูแล

(ถาม) กรณีเป็นผู้ที่มีตำแหน่งทางการเมือง เป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ รัฐวิสาหกิจ สามารถยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ได้หรือไม่

(ตอบ) ไม่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีรายได้จากค่าตอบแทน และเงินเดือนอยู่แล้ว

(ถาม) หากในเดือนตุลาคมของทุกปี ผู้ได้รับเงินสงเคราะห์ไม่มายืนยันความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์จะได้รับเงินต่อไปหรือไม่

(ตอบ) ไม่ได้ หากผู้มีสิทธิไม่มายืนยันความประสงค์ อบต.จะหยุดจ่ายเงินสงเคราะห์ และในเดือนที่ท่านมายืนยันความประสงค์แล้ว อบต.จะดำเนินการจ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้มีสิทธิในเดือนที่มา ยืนยันความประสงค์ซึ่งจะไม่มี การจ่ายย้อนหลังให้

ภาค
ผนวก

ตัวอย่างแบบฟอร์มแบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงิน
สงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

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

- () พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ – รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

() โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....
เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/ซอย.....
หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็น
ผู้กระทำเองทุกประการ

- () แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- () แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์
โดยให้จ่ายให้แก่.....
- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....
- () แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)