**คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ:องค์การบริหารส่วนตำบลขามเฒ่าอำเภอโนนสูงจังหวัดนครราชสีมา

กระทรวง:กระทรวงมหาดไทย

1. **ชื่อกระบวนงาน**:การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน:**องค์การบริหารส่วนตำบลขามเฒ่าอำเภอโนนสูงจังหวัดนครราชสีมา
3. **ประเภทของงานบริการ:**กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ:**รับแจ้ง
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2548 |

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

**ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ** 0วัน

1. **ข้อมูลสถิติ**

**จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน**0

**จำนวนคำขอที่มากที่สุด** 0

**จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด** 0

1. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
2. **ช่องทางการให้บริการ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | **สถานที่ให้บริการ**ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลขามเฒ่า 99 หมู่ที่ 5 ตำบลขามเฒ่าอำเภอโนนสูงจังหวัดนครราชสีมา 30160 โทรศัพท์ 044-383571 โทรสาร 044-383571/ติดต่อด้วยตนเองณหน่วยงาน  **ระยะเวลาเปิดให้บริการ** (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)  **หมายเหตุ** (ระยะเวลาเปิดให้บริการ 1 – 30 พฤศจิกายนของทุกปี) |

1. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**  
    ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. ๒๕๔๘กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ลำเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้  
    หลักเกณฑ์  
   ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้  
   1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว  
   2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
   3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน  
     
    วิธีการ  
    1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นณที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้  
    2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ  
    3.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่
2. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

| **ที่** | **ประเภทขั้นตอน** | **รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลาให้บริการ** | **ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ | 45 นาที | องค์การบริหาร-ส่วนตำบลขามเฒ่าอำเภอโนนสูงจังหวัดนครราชสีมา | - |
| 2) | การพิจารณา | ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ | 15 นาที | องค์การบริหาร-ส่วนตำบลขามเฒ่าอำเภอโนนสูงจังหวัดนครราชสีมา | - |
| 3) | การพิจารณา | ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ | 3 วัน | องค์การบริหาร-ส่วนตำบลขามเฒ่าอำเภอโนนสูงจังหวัดนครราชสีมา | - |
| 4) | การพิจารณา | จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา | 2 วัน | องค์การบริหาร-ส่วนตำบลขามเฒ่าอำเภอโนนสูงจังหวัดนครราชสีมา | - |
| 5) | การพิจารณา | พิจารณาอนุมัติ | 7 วัน | องค์การบริหาร-ส่วนตำบลขามเฒ่าอำเภอโนนสูงจังหวัดนครราชสีมา | - |

**ระยะเวลาดำเนินการรวม** 13 วัน

1. **งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน 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 (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 4) | หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | - | 1 | 0 | ฉบับ | - |
| 5) | บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 6) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) | - | 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**สำนักงานที่ยิ่นคำขอ ***หมายเหตุ****(ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลขามเฒ่า 99 หมู่ที่ 5 ตำบลขามเฒ่าอำเภอโนนสูงจังหวัดนครราชสีมา 30160 โทรศัพท์ 044-383571 โทรสาร 044-383571)* |
| 2) | **ช่องทางการร้องเรียน**ไปรณีย์ ***หมายเหตุ****(ตู้ปณ.11)* |
| 3) | **ช่องทางการร้องเรียน**เว็บไซต์ : www.khamthoa.go.th ***หมายเหตุ****-* |
| 4) | **ช่องทางการร้องเรียน**www.facebook.com/องค์การบริหารส่วนตำบลขามเฒ่ายึดมั่นธรรมาภิบาลบริการเพื่อประชาชน ***หมายเหตุ****-* |
| 5) | **ช่องทางการร้องเรียน**ศูนย์บริการประชาชนสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ***หมายเหตุ****( เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300)* |

1. **ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก**

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

1. **หมายเหตุ**

-