

การขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

	การขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
1) ขอบเขตการให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> - งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียน - สถานที่ให้บริการ สำนักปลัด อบต.ริมโขง - วัน เวลาที่ให้บริการ จันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น. เว้นวันหยุดราชการ
2) หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข	<p>คุณสมบัติของผู้มีสิทธิที่จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์</p> <p>(๑) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>(๒) มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้</p> <p>ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติข้างต้นและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่</p> <p>ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตัวเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้</p> <p>การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์</p> <p>ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเบี้ยยังชีพ ในอัตราเดือนละ 500 บาท หรือตามมติคณะรัฐมนตรีกำหนด</p> <p>การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์</p> <p>๑. ตาย</p> <p>๒. ขาดคุณสมบัติ</p> <p>วิธีการจ่ายเงิน</p> <p>อบต.เปลี่ยน จะจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เป็นประจำทุกเดือนโดยผ่านทางบัญชีธนาคาร ไม่เกินวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน</p>
3) ขั้นตอนและระยะเวลา	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ได้ตลอดปี ณ ที่ทำการ อบต. เปลี่ยน 2. เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคุณสมบัติ เสนอผู้บริหาร 3. ผู้บริหารอนุมัติ 4. จ่ายเงินเบี้ยสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
4) รายการเอกสารหลักฐานประกอบ	<p>หลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ</p> <p>(๑) บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา</p> <p>(๒) ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา</p> <p>(๓) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผ่านธนาคาร</p> <p>(๔) ใบรับรองแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ปรากฏอาการ</p>
5) ค่าธรรมเนียม	ไม่มี
6) การรับเรื่องร้องเรียน	<ul style="list-style-type: none"> - เว็บไซต์ http://www.tambonso.go.th/ - โทร.042-490723
7) อื่นๆ	ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../.....

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโซ่

ด้วยข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา

ทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ - - - -

ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการย้งชีพผู้ป่วยเอดส์ 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.....รวม.....คน 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 นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโซ่

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)ชื่อ.....นามสกุล.....

เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- รับเงินสดด้วยตัวเอง
- รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามของผู้มีสิทธิ
- โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลโซ่

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น.....เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า

ในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)