

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ : การรับขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.มดแดง อ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลมดแดง

โทรศัพท์ : ๐๓๕-๔๓๕๐๙๓

โทรสาร : ๐๓๕-๔๓๕๐๙๓

เว็บไซต์ : www.moddang.go.th

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

การรับขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีใบรับรองแพทย์ ว่าติดเชื้อ AIDS
- (๓) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมดแดงตามทะเบียนบ้าน
- (๔) ได้ยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ด้วยความสมัครใจ

เอกสาร หลักฐาน ประกอบด้วย

- (๑) แบบฟอร์มแบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
- (๒) บัตรประจำตัวประชาชน
- (๓) ทะเบียนบ้าน
- (๔) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อ และเลขที่บัญชี) กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านบัญชีธนาคาร

หมายเหตุ : ในกรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลมดแดงพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

- ยังไม่ผ่านขบวนงานลดขั้นตอน

คำชี้แจงเพิ่มเติม

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลอื่น และภายหลังได้ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลแดง ให้มาแจ้งขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพใหม่อีกครั้งทันที ที่ย้ายเข้ามา ณ องค์การบริหารส่วนตำบลแดง โดยจะได้รับเบี้ยยังชีพในเดือนถัดจากที่มาขึ้นทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับ เบี้ยยังชีพ ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท หรือตามมติคณะรัฐมนตรีกำหนด

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพ

- (๑) ตาย
- (๒) ย้ายภูมิลำเนาไปนอกพื้นที่ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ
- (๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

หน้าที่ของผู้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- (๑) กรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพได้รับเงินไม่ครบหรือสงสัย กรุณาติดต่อ องค์การบริหารส่วนตำบลแดงภายในวันที่ ๒๐ ของเดือน
- (๒) เมื่อย้ายภูมิลำเนาต้องแจ้ง องค์การบริหารส่วนตำบลแดง เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
- (๓) กรณีเสียชีวิต ให้ญาติแจ้งการเสียชีวิตต่อองค์การบริหารส่วนตำบลแดงได้รับทราบ (พร้อมสำเนาใบมรณบัตร) เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□□ แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลมดแดง คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
<p><input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง..... วัน/เดือน/ปี.....</p> <p>(ติดตามรอยเส้นประให้คนผู้ป่วยเอดส์ ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)</p> <p>ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน พ.ศ.....</p> <p>การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ (อบต.มดแดง สำนักปลัดอบต.มดแดง โทร.035-435-093)</p> <p>ผู้รับลงทะเบียน.....</p>	

(ตัวอย่าง)

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
 เลขที่..... ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่..... อยู่บ้านเลขที่.....
 หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน..... แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่มีชีวิตอยู่หรือ
 เสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
 กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ช่องทางการร้องเรียน

๑. ทางอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์หลักของ อบต.มดแดง : www.moddang.go.th Facebook : อบต.มดแดง
๒. โทรศัพท์ / โทรสาร : ๐๓๕-๔๓๕๐๙๓
๓. ทางไปรษณีย์ อบต.มดแดง เลขที่ ๑๓๖/๕ หมู่ที่ ๒ ต.มดแดง อ.ศรีประจันต์ จ.สุพรรณบุรี ๗๒๑๔๐
๔. ร้องเรียนด้วยตนเอง ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลมดแดง
๕. ผู้รับฟังความคิดเห็น (องค์การบริหารส่วนตำบลมดแดง)

วันที่พิมพ์	๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๒
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด อบต.
อนุมัติโดย	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมดแดง
เผยแพร่โดย	องค์การบริหารส่วนตำบลมดแดง