

งานที่ให้บริการ**หน่วยงานที่รับผิดชอบ****ขอบเขตการให้บริการ****สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ****๑. สำนักปลัด**

โทรศัพท์ ๐๘๔-๖๖๖๒๘๘

โทรสาร ๐๘๔-๖๖๖๒๘๙

- องค์การบริหารส่วนตำบลโคกลام อำเภอลำปางมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ๓๐๑๓๐

- เว็บไซต์ <https://www.khoklam.go.th/>

- เฟซบุ๊ก องค์การบริหารส่วนตำบลโคกลام

- E-mail : saraban@Khoklam.go.th

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

กองสวัสดิการฯ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกลام

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๗.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๑๙ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เดือนละ ๑ ครั้งยกเว้นการจ่ายเงินให้ผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์จะจ่ายปีละ ๒ ครั้งฯ ลະ ๖ เดือนก็ได้โดยให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้บริหารห้องถินด้วยวิธีหนึ่งวิธีใด ตามความประสงค์ของผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ**ขั้นตอน**

๑. ยื่นคำขอลงทะเบียนฯ พร้อมเอกสารหลักฐาน (ระยะเวลา ๑ นาที/ราย)

๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน/สัมภาษณ์/บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ

(ใช้เครื่องอ่านบัตรประจำตัวประชาชน) (ระยะเวลา ๕ นาที/ราย)

๓. เจ้าหน้าที่ออกใบตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติสมควรจะได้รับการสงเคราะห์หรือไม่
(ระยะเวลา ๑ วัน/ราย)

๔. เสนอผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร) (ระยะเวลา ๒๐ นาที/ราย)

๕. แจ้งผล/ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบคำขอ (ระยะเวลา ๕ นาที/ราย)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. กองสวัสดิการฯ

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

๑. สำเนาบัตรประจำชน

๒. สำเนาทะเบียนบ้าน

๓. สำเนาสมุดบัญชี

๔. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์จริง

ค่าธรรมเนียม

(ไม่มีค่าธรรมเนียม)

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ศ.๒๕๔๘

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบเรียนรู้ที่

แบบคำขอขั้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้ยื่นคำขอ [] เจ้าตัวยตนเอกสาร

[] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหน้าสื่อมอบอำนาจ เดียวท้องเป็น..... กับผู้ป่วยเอดส์
 ที่ขอขั้นทะเบียน ชื่อ - สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

เที่ยนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชื่อ..... นามสกุล.....
 เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี สัญชาติ.....
 มีที่อยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... โทรศัพท์.....

หมายเลขอับตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ
 สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าว แยกกันอยู่ อื่นๆ
 บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....
 เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามี-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ
 สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อยู่ในบัญชีสำรวจอาเสนาคระที่เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยวิธีดังต่อไปนี้
 (เลือก ๑ วิธี)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รับเงินสดด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ |
| <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ | <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจ
จากผู้มีสิทธิ |

พร้อมแบบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานขอรัฐที่มีรูปถ่าย
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์เจ้าอ่องให้โดยสถานพยาบาลขอรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง
- หน้าสื่อมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับอนุญาต
(ในกรณีที่ไม่สามารถ.....)

ข้าพเจ้า..... ขอรับอนุญาต..... ข้าพเจ้า..... เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความด้านล่างข้าพเจ้าเป็นคนเดียวที่มีอำนาจ

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ ลงชื่อ..... เจ้าของผู้รับจดทะเบียน
 (.....) (.....)

หมายเหตุ ให้ขึ้นชื่อชัดๆ ตามที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในส่วนหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

เรียน ศูนย์คุณภาพการบริการและคุณสมบัติ

ให้ความคุ้มครองสุขภาพดี๊ดี นาย/นางสาว.....

หมายเหตุเจ้าหน้าที่ประชุม □ □□□□ □□□□□□ □□ □ เมื่อ

 เป็นผู้มีสิทธิลงนาม เที่ยงทันใจด้วยตนเอง ลึก

(ลงชื่อ) ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ที่ลงนาม

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

เรียน นายกอ.ค.ก้าวหน้าส่วนตำบลโคกกลาง

คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว ว่า รายการดังต่อไปนี้

 สมควรรับเข้ามายื่น ไม่สมควรรับเข้ามายื่น

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

(.....)

กรรมการฯ

(.....)

กรรมการฯ

(.....)

ประธานกรรมการฯ

คำสั่ง

-
- จัดทำในทันที

-
- ได้รับเข้ามายื่น

อีก

.....

(ลงชื่อ) ผู้รับจดทะเบียน

(.....)

ที่ลงนาม

ใน ปี พ.ศ. พ.ศ.

หนังสือมอบอำนาจ

เพื่อเป็นหลักฐานว่าตนได้ตรวจสอบแล้วนั่นเอง / ถ้ายังพิสูจน์ไม่ออก ให้ปิดค่าด้วยเงินเดือนประจำเดือน

សាខាដែន
ជូនុយលីអិលីណ្ឌ

សារព័ត៌មានអប់រំការងារ

หลักฐานประกอบของผู้รับมอบอำนาจ

- ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียต่อวันของครอบครัว
 - ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียต่อเดือน
 - ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียต่อปี