



คู่มือการปฏิบัติงาน เบี่ยงชีฟผู้ป่วยเอดส์

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาน

คำนำ

กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาน มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีภารกิจหลักในการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพให้กับผู้ป่วยเอดส์ โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงิน สงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความรู้ความเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าว องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาน จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ตลอดจน เป็นเกณฑ์การลดดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน เพื่อประโยชน์สูงสุดในการบริการ ประชาชนต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาน

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง	1
คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	1
ขั้นตอนการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้ ป่วยเอดส์	2
ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ย ยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์	3
ภาคผนวก	
- แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์)	
- แบบคำขอรับการสงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้ผู้ป่วยเอดส์	
- หนังสือมอบอำนาจ	

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์
เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2548

คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

- ① มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาน
- ② มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้
อุปการะ เลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้



ขั้นตอนการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ
ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง



การยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์
สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาน
ในกรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอด้วยตนเอง
ได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
โดยนำหลักฐานมาเพื่อประกอบการยื่นดังนี้

1. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ
ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
3. ทะเบียนบ้านฉบับจริง (พร้อมสำเนา)
4. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทออมทรัพย์ได้ทุกธนาคาร (พร้อมสำเนา)

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อ ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

1. กรณีผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้ง ผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพได้ทั้งหมด

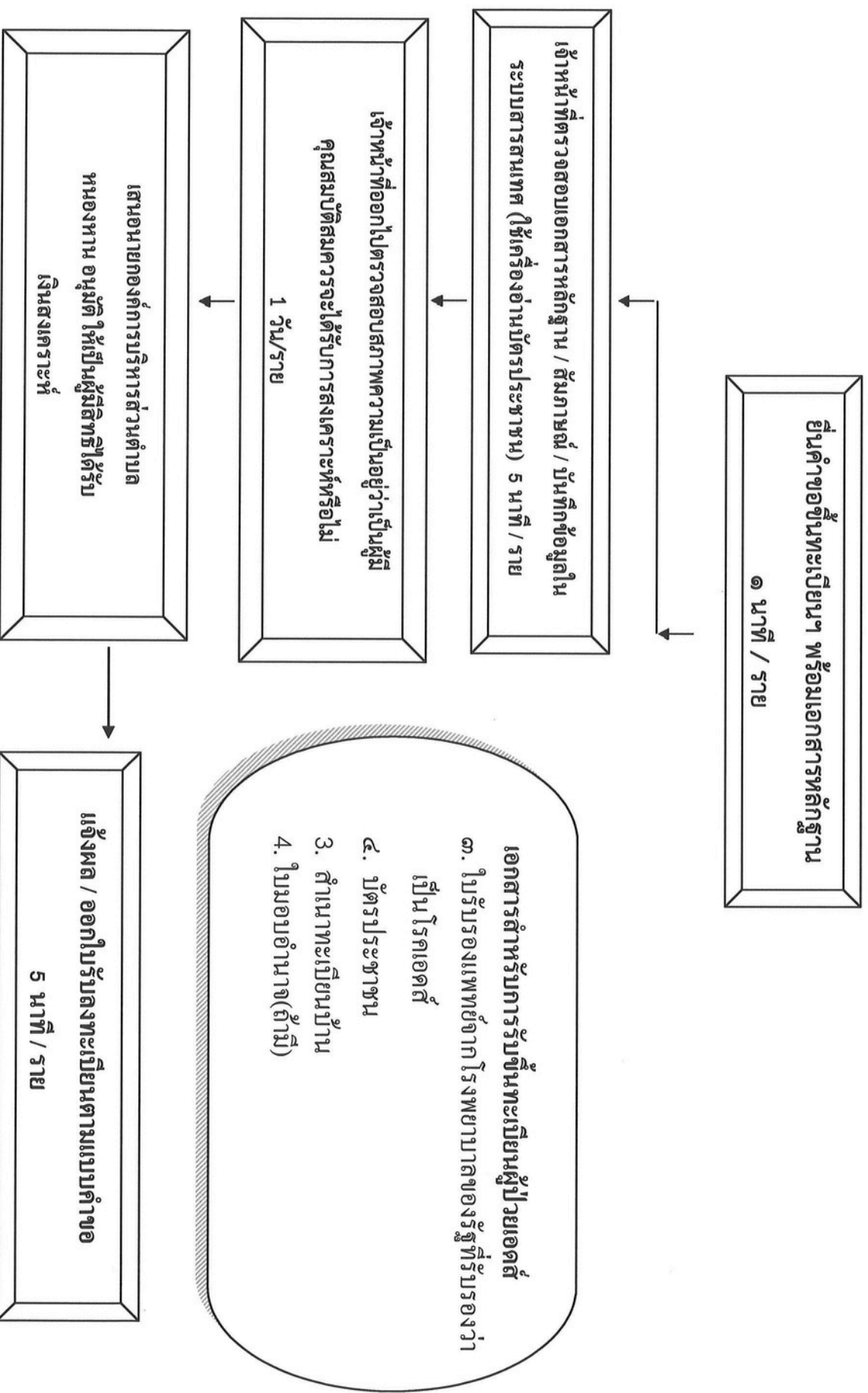
2. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

3. กรณีผู้ป่วยที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาน ทราบภายใน 7 วัน (พร้อมสำเนาใบมรณะบัตร)

ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่าป่วยเป็น โรคเอดส์ /AIDS เท่านั้น
หากระบุว่าป่วยเป็น HIV หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง
จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

ภาคผนวก

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ (การรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์)



* ขั้นตอนการรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์ เต็ม 3 วัน / ราย เวลาปฏิบัติงานที่ปรบัลด 1 วัน 30 นาที / ราย

หมายเหตุ : รับขึ้นทะเบียนทุกเดือน หรือตามระเบียบกำหนด

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๗

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

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

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 เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () จำรูดทรุดโทรม () จำรูดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวร
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

๓. การพักอาศัย

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

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

๔. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

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

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....

เดือน.....

พ.ศ.

เรียน

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

เป็นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

☐ รับเงินสดด้วยตัวเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

บัญชีเลขที่.....

ชื่อบัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

หนังสือมอบอำนาจ

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

เรียน

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
(.....)

