**การขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **การขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์** |
| 1) ขอบเขตการให้บริการ | - งานที่ให้บริการ การขึ้นทะเบียน  - สถานที่ให้บริการ สำนักงานปลัด  0-7547-0355 [www.plien.go.th](http://www.plien.go.th) e-mail [info@plien.go.th](mailto:info@plien.go.th)  - วัน เวลาที่ให้บริการ จันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.  เว้นวันหยุดราชการ |
| 2) หลักเกณฑ์ วิธีการ และ  เงื่อนไข | **คุณสมบัติของผู้มีสิทธิที่จะได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**  (๑)   มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  (๒)   มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้  ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติข้างต้นและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่       ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตัวเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนก็ได้  **การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**  ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเบี้ยยังชีพ  ในอัตราเดือนละ 500 บาท หรือตามมติคณะรัฐมนตรีกำหนด  **การสิ้นสุดการได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**  ๑. ตาย  ๒. ขาดคุณสมบัติ  **วิธีการจ่ายเงิน**  อบต.เปลี่ยน จะจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เป็นประจำทุกเดือนโดยผ่านทางบัญชีธนาคาร ไม่เกินวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน |
| 3) ขั้นตอนและระยะเวลา | 1. ผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ได้ตลอดปี ณ ที่ทำการ อบต. เปลี่ยน  2. เจ้าหน้าที่ ตรวจสอบคุณสมบัติ เสนอผู้บริหาร  3. ผู้บริหารอนุมัติ  4. จ่ายเงินเบี้ยสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ |
| 4) รายการเอกสารหลักฐานประกอบ | **หลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ**  ๑)   บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา  (๒)   ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา  (๓)   สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผ่านธนาคาร  (๔)   ใบรับรองแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ปรากฏอาการ |
| 5) ค่าธรรมเนียม | ไม่มี |
| 6) การรับเรื่องร้องเรียน | - เว็บบอร์ด [www.plien.go.th](http://www.plien.go.th)  - โทร.0-7547-0355 |
| 7) อื่นๆ | ตัวอย่างแบบฟอร์ม |

**แบบฟอร์มการขึ้นทะเบียนการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

**แบบคำขอรับการสงเคราะห์**

ลำดับที่............./.............. วันที่...........เดือน...........................พ.ศ. ..............

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเปลี่ยน

ด้วย..........................................................................เลขประจำตัวประชาชน.................................................

เกิดวันที่.............เดือน..........................พ.ศ................ อายุ.................. ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.......................................ถนน…............................... ตรอก/ซอย.................................................... หมู่ที่........................... ตำบล.................................. อำเภอ................................................. จังหวัด.......................................................รหัสไปรษณีย์ .................................................. ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรม ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวร

( ) เป็นของ......................................................เกี่ยวข้องเป็น......................................................................................

2 . ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระทาง..................................................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 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเปลี่ยน

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

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

( ) เป็นเงินสด

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(...................................................)

**หนังสือมอบอำนาจ**

เขียนที่..........................................................

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

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเปลี่ยน

ข้าพเจ้า......................................................................ขอมอบอำนาจให้...........................................เลขประจำตัวประชาชน......................................... อยู่บ้านเลขที่.........ถนน................. ตรอก/ซอย..........หมู่ที่.......... ตำบล……………………….. อำเภอ …………..…………… จังหวัด ……………….………… รหัสไปรษณีย์……………… โทรศัพท์........................ โทรสาร......................... เกี่ยวพันเป็น...................................................  
เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเองทุกประการ

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.......................................................................................

( ) เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.........................................................................................

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ............................................................ผู้มอบอำนาจ  
 (...........................................................)

ลงชื่อ............................................................ผู้รับมอบอำนาจ

(...........................................................)

ลงชื่อ............................................................พยาน

(...........................................................)

ลงชื่อ............................................................พยาน

(...........................................................)