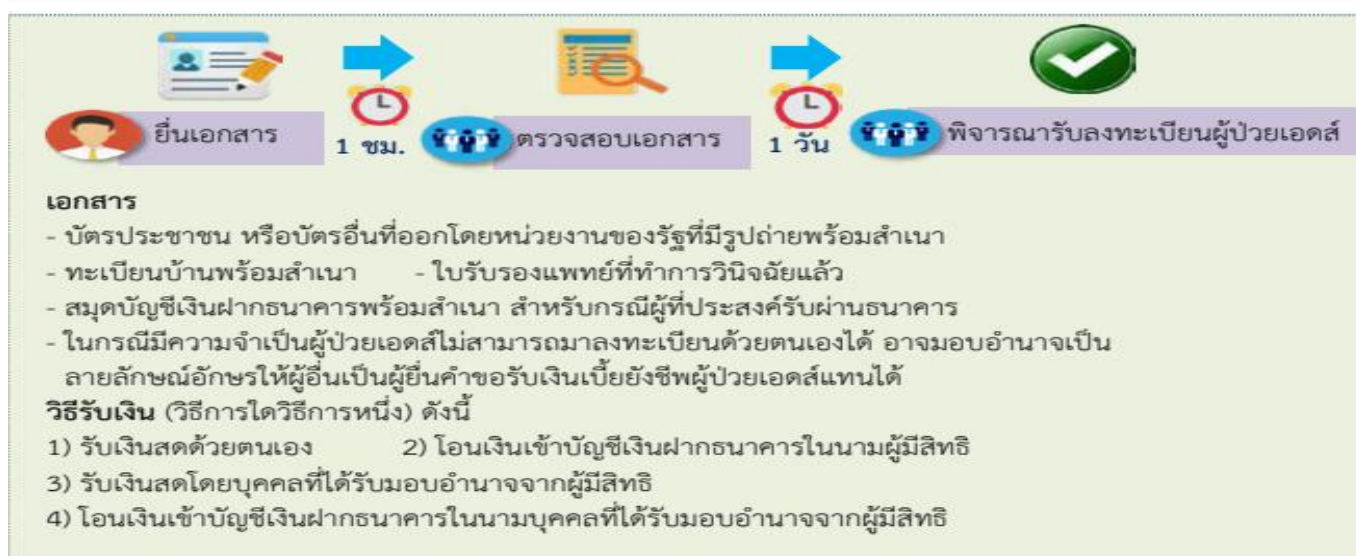


คู่มือสำหรับประชาชน เรื่อง การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

| | |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| งานที่ให้บริการ |  (การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์) ผู้รับบริการ |
| หน่วยงานที่รับผิดชอบ | กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลลุดงเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ |

วิธีขั้นตอนการให้บริการ กระบวนการ/ ขั้นตอนและระยะเวลา



ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม



ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ : กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลลุดงเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
(ภูมิลำเนาในทะเบียนบ้าน)

เปิดให้บริการวันจันทร์-ศุกร์ (ตั้งแต่ เดือนมกราคม – เดือนพฤศจิกายน) เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.

หรือ <https://www.thalunglekburiam.go.th> บริการออนไลน์ในระบบ E-Service



ระเบียบ/ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับบริการ

- ๑.บัตรประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
- ๒.ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
- ๓.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา สำหรับกรณีผู้ประสงค์รับผ่านธนาคาร จำนวน ๑ ชุด
- ๔.แบบยื่นยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๑ ชุด

ผู้จัดทำ นางอริสรา เกตุชชา

ตำแหน่งผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม

ผู้รับรอง นายนิยม เอื้อเพื่อ

ตำแหน่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลถลุงเหล็ก

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๘

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ องค์การบริหารส่วนตำบลลุงเหล็ก พ.ศ. ๒๕๖๘

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจหรือผู้อื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์
ที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเษก-ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบฯ
ชื่อ-สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแล).....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
---- ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

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

ข้อมูลคนพิการ

คำนำหน้านาม เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....
ชื่อ.....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ...ไทย...มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล ลุงเหล็ก อำเภอ เมือง จังหวัดบุรีรัมย์ รหัสไปรษณีย์ ๓๑๐๐๐ โทรศัพท์.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ ----
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ.....
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา-มารดา บุตร สามเษก-ภรรยา พี่น้อง อื่นๆ.....

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อวันที่.....ย้ายมาจาก.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
ธนาคาร ธ.ก.ส. ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ธ.ก.ส. บัญชีเลขที่..... ชื่อบัญชี.....
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯแทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้อความ
ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....</p> <hr/> <p>หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก.....</p> <hr/> <p>(ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> | <p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลุงเหล็ก คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมี ความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางอรริสรา เกสัชชา)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นางสาวกัญญา ไชยรินทร์)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (นายฉะวัต โพธิ์ขาว)</p> |
| <p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>(ลงชื่อ)..... (นายนิยม เอื้อเพื่อ) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลลุงเหล็ก</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p> | |

ติดตามเส้นประให้ผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้การขึ้นทะเบียน

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๘

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยจะได้รับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์
ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท ของทุกเดือน โดยโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....
โดยได้รับตั้งแต่เดือน พ.ศ.....เป็นต้นไป
กรณีผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปยังที่อื่นจะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอ รับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์รปกครอง
ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่โดยทันที เพื่อรักษาสีทธิให้ต่อเนื่องในการรับเงินเบี้ยผู้ป่วยเอดส์

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

(ลงชื่อ).....
(.....)
เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน