**คู่มือสำหรับประชาชน** : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ** : เทศบาลตำบลเมืองจันทร์ อำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

**กระทรวง** : กระทรวงมหาดไทย

**1. ชื่อกระบวนงาน** : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

**2. หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน** : เทศบาลตำบลเมืองจันทร์

**3. ประเภทของงานบริการ** : กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

**4. หมวดหมู่ของงานบริการ** : รับแจ้ง

**5. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง** :

1) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ศ. 2548

**6. ระดับผลกระทบ** : บริการทั่วไป

**7. พื้นที่ให้บริการ** : เขตพื้นที่ตำบลเมืองจันทร์

**8. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา**

**ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย/ข้อกำหนดฯ** 0 นาที

**9. ข้อมูลสถิติ**

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0

จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0

**10. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** สำเนาคู่มือประชาชน การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

**11. ช่องทางการให้บริการ**

สถานที่ให้บริการเทศบาลตำบลเมืองจันทร์ โทรศัพท์ 0-4596-9847

เว็บไซต์ : [**www.muangchan.go.th**](http://www.muangchan.go.th)

เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

(มีพักเที่ยง)

**12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการได้

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. มีการรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

**วิธีการ**

1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเอง หรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณา

จากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการ

เข้าถึงบริการของรัฐ

3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความ

ประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

**13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **ประเภทขั้นตอน** | **รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลาให้บริการ** | **ส่วนงาน/**  **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **หมายเหตุ** |
| 1 | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐาน | 10 นาที | เทศบาลตำบล  เมืองจันทร์ | ระยะเวลา :10 นาที ระบุระยะเวลาที่ให้  บริการจริง |
| 2 | การพิจารณา | ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ | 10 นาที | เทศบาลตำบล  เมืองจันทร์ | ระยะเวลา :10 นาที ระบุระยะเวลาที่ให้  บริการจริง |
| 3 | การพิจารณา | ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ | 2 วัน | เทศบาลตำบลเมืองจันทร์ | ระยะเวลา:ไม่เกิน 2 วัน นับจากได้รับคำขอ |
| 4 | การพิจารณา | จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา | 2 วัน | เทศบาลตำบลเมืองจันทร์ | ระยะเวลา:ไม่เกิน 2 วัน นับจากการตรวจสภาพความเป็นอยู่ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **ประเภทขั้นตอน** | **รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลาให้บริการ** | **ส่วนงาน/**  **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | **หมายเหตุ** |
| 5 | การพิจารณา | พิจารณาอนุมัติ | 5 วัน | เทศาลตำบล  เมืองจันทร์ | ระยะเวลา:ไม่เกิน 7 วันนับแต่วันที่ยื่นคำขอกรณีมีข้อขัด  ข้องเกี่ยวกับ  การพิจารณา ได้แก่ สภาความเป็นอยู่คุณ  สมบัติหรือข้อจำกัดด้านงบ  ประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด |

ระยะเวลาดำเนินการรวม 9 วัน

**14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว**

ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

**15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **รายการเอกสารยืนยันตัวตน** | **หน่วยงานภาครัฐ**  **ผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสาร**  **ฉบับจริง** | **จำนวนเอกสารสำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร** | **หมายเหตุ** |
| 1 | บัตรประจำตัวประชาชน | - | 1 | 0 | ฉบับ | - |
| 2 | ทะเบียนบ้าน | - | 1 | 0 | ฉบับ | - |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **รายการเอกสารยืนยันตัวตน** | **หน่วยงานภาครัฐ**  **ผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสาร**  **ฉบับจริง** | **จำนวนเอกสารสำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร** | **หมายเหตุ** |
| 3 | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร) | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 4 | หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | - | 1 | 0 | ชุด | - |
| 5 | บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ(กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 6 | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) | - | 1 | 1 | ชุด | - |

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสาร**  **ฉบับจริง** | **จำนวนเอกสารสำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร** | **หมายเหตุ** |
| ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม | | | | | | |

**16. ค่าธรรมเนียม**

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

**17. ช่องทางการร้องเรียน**

1) ช่องทางการร้องเรียน เทศบาลตำบลเมืองจันทร์ เลขที่ 70 หมู่ที่ 6 ตำบลเมืองจันทร์ อำเภอเมืองจันทร์

จังหวัดศรีสะเกษ หรือโทรศัพท์ 0-4596-9847 หรือทางอินเตอร์เน็ต [**www.muangchan.go.th**](http://www.muangchan.go.th)

2) ช่องทางการร้องทุกข์ ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดศรีสะเกษ และศูนย์ดำรงธรรมอำเภอเมืองจันทร์

**18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก**

ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

**19. หมายเหตุ**

|  |  |
| --- | --- |
| วันที่พิมพ์ | 22/02/2566 |
| สถานะ | ปรับปรุงคู่มือ |
| จัดทำโดย | สุธาทิพย์ จันทะศิลา |
| อนุมัติโดย | มิตร สัมโย |