



คู่มือสำหรับประชาชน

คู่มือ การขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้น

สำนักปลัดเทศบาล

เทศบาลตำบลน้อย

อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

## คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ      การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์  
หน่วยงานที่รับผิดชอบ      งานสวัสดิการและสังคม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลลานข่อย

### ๑.ขอบเขตการให้บริการ

#### สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

จุดบริการ One Stop Service เทศบาลตำบลลานข่อย  
สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลลานข่อย  
โทรศัพท์ ๐๗๔-๘๒๙๘๑๑  
โทรสาร ๐๗๔-๘๒๙๘๓๒  
เว็บไซต์ <http://www.lankoi.go.th>

#### ระยะเวลาเปิดให้บริการ

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์  
(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)  
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ไม่พักเที่ยง)

### ๒.หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๑.ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒.ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลลานข่อย

๓.กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำร้องด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้ดูแลการมาดำเนินการแทนได้

### ๓.ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

#### ขั้นตอน

- ๑.ผู้ป่วยเอดส์ ยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน
- ๒.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบคุณสมบัติ  
ใช้ระยะเวลา ๑๐ นาที
- ๓.เสนอคณะผู้บริหาร

#### หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

งานสวัสดิการและสังคม  
สำนักปลัด เทศบาลตำบลลานข่อย

#### ๔.ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๑ วัน

#### ๕.รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

##### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- |                                                                             |              |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ๑.บัตรประจำประชาชนผู้ป่วยเอดส์                                              | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.ทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์                                                | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.ใบรับรองแพทย์                                                             | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาสำหรับกรณี que ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔.หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ    | จำนวน ๑ ฉบับ |

#### ๖.ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

#### ๗.การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

๑.ช่องทางการร้องเรียน สำนักปลัด เทศบาลตำบลลานข่อย โทรศัพท์ ๐๗๔-๘๒๙๘๑๑

หมายเหตุ (เทศบาลตำบลลานข่อย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง เลขที่ ๓๗๙ หมู่ที่ ๑ ตำบลลานข่อย อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ๙๓๒๑๐)

๒.ช่องทางการร้องเรียน <http://www.lankoi.go.th>

## แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

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

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

ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

### 1. ที่พักอาศัย

( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ขรุขระทรุดโทรมมาก ( ) ขรุขระทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคงถาวรดี

( ) เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

### 2. ที่พักอาศัย อยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินได้

( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินได้

( ) 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 นายกเทศมนตรีตำบลลานข่อย

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ  
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- ( ) เป็นเงินสด
- ( ) โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....  
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลลานข่อย

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

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

( ) เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)