

คู่มือการกำหนดมาตรฐาน การปฏิบัติงาน ตามภารกิจ



งานสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลดอนข่อย



คู่มือการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน ตามภารกิจ

งานสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลดอนข่อย

คำนำ

คู่มือกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลลำเหย จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ และแบบแผน โดยมีหน้าที่เกี่ยวกับงานพัฒนาชุมชน การจัดบริการสังคมและงานสังคมสงเคราะห์การจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลลำเหย และส่งเสริมคุณภาพชีวิต ซึ่งเกี่ยวกับการป้องกัน แก้ไข ปัญหา การพัฒนาและการส่งเสริมความมั่นคงทางการสังคมสงเคราะห์เพื่อการยังชีพของผู้สูงอายุคนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ เพื่อตอบสนองความจ เป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึงเหมาะสมและเป็นธรรมถึงสิทธิพึงได้รับ อีกทั้ง เพื่อทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

กองสวัสดิการสังคม
องค์การบริหารส่วนตำบลดอนข่อย

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. หลักการและเหตุผล	๑
๒. วัตถุประสงค์	๑
๓. สถานที่ตั้ง	๑
๔. หน้าที่รับผิดชอบ	๑
๕. คำจำกัดความ	๑
๖. ระยะเวลาเปิดให้บริการ	๒
๗. กระบวนการปฏิบัติงาน	๒
๗.๑ กระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ต่างๆ (กรณีหน่วยงานดำเนินการเอง)	๒
๗.๑.๑ กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๒
๗.๑.๒ กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ	๒
๗.๑.๓ กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๓
๗.๒ กระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ต่างๆ (กรณีประสานหน่วยงานภายนอกดำเนินการ)	๓
๘. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอและในการพิจารณาอนุญาต	๓
๘.๑ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	๓ - ๖
๘.๒ เบี้ยความพิการ	๖ - ๗
๘.๓ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์	๗ - ๙
๙. แผนผังกระบวนการ	๑๐-๑๒
๑๐. ภาคผนวก	

คู่มือกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจ

๑. หลักการและเหตุผล

คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลลำเหย เป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการทำงานทั้งระดับการปฏิบัติงานและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการจัดทำรายละเอียดของการทำงานในหน่วยงานนั้นๆ อย่างเป็นระบบและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการเพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้น พื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึงเหมาะสม และเป็นธรรมถึงสิทธิพึงได้รับ อีกทั้ง เพื่อทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่ออธิบายขั้นตอนรายละเอียดของกระบวนการงานในความรับผิดชอบของกองสวัสดิการสังคม ให้ ผู้ปฏิบัติงานทราบและเข้าใจว่าควรปฏิบัติงานอย่างไร

๒. เพื่อให้การปฏิบัติงานมีแนวทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันและเป็นไปตามเป้าหมายที่

๓. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานและประชาชนที่เข้ามาขอรับบริการได้ทราบแนวทางการปฏิบัติงานของ กองสวัสดิการสังคม

๓. สถานที่ตั้ง

ตั้งอยู่ ณ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลดอข่อย อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

๔. หน้าที่รับผิดชอบ

ให้บริการคำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือ บำบัด ฟื้นฟู ป้องกัน คุ้มครองและพัฒนาผู้มาขอรับบริการ เพื่อให้ เข้าถึงบริการเกี่ยวกับงานพัฒนาชุมชน การจัดบริการสังคมและงานสังคมสงเคราะห์อย่าง ทั่วถึงและเหมาะสม

๕. คำจำกัดความ

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า ผู้ที่มาขอรับบริการจากส่วนราชการ “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคล ซึ่งมี อายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย “ผู้ป่วยเอดส์” หมายความว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับ ร้องและทำ การวินิจฉัยแล้ว “คนพิการ” หมายความว่า คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการตามพระราชบัญญัติ ฟื้นฟู สมรรถภาพ คนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งทางกฎหมายแบ่งออกเป็น ประเภทความพิการทั้งสิ้น ๗ ประเภท คือ

๑. พิกัดทางการเห็น
๒. พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
๓. พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
๔. พิกัดทางจิตใจหรือพฤติกรรม
๕. พิกัดทางสติปัญญา
๖. พิกัดทางการเรียนรู้
๗. พิกัดทางออทิซึม

“ผู้อุปการะ” หมายความว่า บรรดาผู้ดูแลผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภริยา ญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการช่วยเหลือ แต่ทั้งนี้ให้ หมายความว่า รวมถึงสถานสงเคราะห์หรือองค์กร ที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น “ผู้มีสิทธิได้รับ เงินสงเคราะห์” หมายความว่าผู้สูงอายุคนพิการและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งได้รับการอนุมัติ รายชื่อจาก ผู้บริหารท้องถิ่นให้ เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ “ผู้มีส่วนได้เสีย” หมายความว่าผู้ที่ได้รับ ผลกระทบ ทั้งทางบวกและ ทางลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการด าเนินการของส่วนราชการ

๖. ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เปิดให้บริการ จันทร์ - ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

๗. กระบวนการปฏิบัติงาน .

๗.๑ กระบวนการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ต่างๆ (กรณีหน่วยงานดำเนินการเอง)

๗.๑.๑ กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ
ผู้รับบริการ ผู้สูงอายุ	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดทุกเดือน
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดทุกเดือน

ข้อกำหนดกฎหมาย

-ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒

-พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๓) ๒๕๖๐

๗.๑.๒ กระบวนการจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ
ผู้รับบริการ คนพิการ	ได้รับเงินเบี้ยความพิการตามสิทธิที่พึงได้รับ
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - ผู้ดูแลคนพิการ - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยความพิการตามสิทธิที่พึงได้รับ

ข้อกำหนดกฎหมาย

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒

๗.๑.๓ กระบวนการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ
ผู้รับบริการ ผู้ป่วยเอดส์	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ตามสิทธิที่พึงได้รับ
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ - ผู้รับมอบอำนาจรับเงิน	ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ตามสิทธิที่พึงได้รับ

ข้อกำหนดกฎหมาย

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

๗.๒ กระบวนการให้การช่วยเหลือสงเคราะห์ต่างๆ (กรณีประสานหน่วยงานภายนอกดำเนินการ)

ผู้เกี่ยวข้อง	ความต้องการ
ผู้รับบริการ ประชาชนผู้ยื่นคำร้อง	ได้รับความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนตามสิทธิที่พึงได้รับ
ข้อกำหนดด้านกฎหมาย	ประสิทธิภาพกระบวนการ
-พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๑) พ.ศ.๒๕๕๓ -พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ -ระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการว่าด้วย การสงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อยและผู้ไร้ที่พึ่ง พ.ศ.๒๕๕๒	-ประสานหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง -ผู้ยื่นคำร้องมีความพึงพอใจในกระบวนการให้บริการรับทราบข้อมูลพื้นฐานของประชาชนที่ประสบปัญหา

๘. หลักเกณฑ์ คุณสมบัติ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอและการพิจารณาอนุญาต

๘.๑ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๘.๑.๑ คุณสมบัติ

๑.สัญชาติไทย

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๓. มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

๔. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษหรือเงินอื่นใดใน ลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทนรายได้ประจำ หรือผลประโยชน์อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้น คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๘.๑.๒ การรับเงิน

๑. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
๒. โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

๘.๑.๓ วิธีการ

๑. ผู้ที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป สามารถยื่นคำขอตาม แบบลงทะเบียนพร้อมเอกสารต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนดด้วยตนเองหรือมอบ อานาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนได้
๒. กรณีผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือเป็นผู้ได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบนี้แล้ว
๓. กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพย้ายภูมิลำเนาและยังประสงค์จะรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อไป ต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายภูมิลำเนาไป

๘.๑.๔ ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบอำนาจสามารถยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานโดยเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๒๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม	
๒	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม	

๘.๑.๕ รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นเอกสาร

- ๑.บัตรประจำตัวประชาชน
- ๒.ทะเบียนบ้าน
- ๓.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใช้ได้ทุกธนาคาร
- ๔.หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ ดำเนินการแทน)
- ๕.บัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)

๖.ทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)

๗.สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีผ่านธนาคาร ของผู้รับมอบอำนาจ)

การคำนวณเงินเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ

กำหนดเงินเบี้ยยังชีพต่อเดือน ที่ผู้สูงอายุจะได้รับในปัจจุบันการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุคิดในอัตราเบี้ยยังชีพแบบ “ขั้นบันได” หมายถึง การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นขั้นเรื่อยๆโดยเริ่มคำนวณตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน (บาท)
ขั้นที่ ๑	๖๐ - ๖๙ ปี	๖๐๐ บาท
ขั้นที่ ๒	๗๐ - ๗๙ ปี	๗๐๐ บาท
ขั้นที่ ๓	๘๐ - ๘๙ ปี	๘๐๐ บาท
ขั้นที่ ๔	๙๐ ปีขึ้นไป	๑,๐๐๐ บาท

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ ข้อ ๑๔ สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบนี้สิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

๑.ตาย

๒.ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖

๓.แจ้งละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๘.๒ เบี้ยความพิการ

๘.๒.๑ คุณสมบัติ

๑.มีสัญชาติไทย

๒.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

๓.มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ

๔.ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

๘.๒.๒ การรับเงิน

๑.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ

๒.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

๘.๒.๓ วิธีการ

๑.ผู้ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการสามารถยื่นคำขอตามแบบลงทะเบียนพร้อมเอกสารต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดด้วยตัวเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนได้

๒.กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือเป็นผู้ได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓.กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการย้ายภูมิลำเนาและยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต่อไป ต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายภูมิลำเนาไป

๔.๒.๔ ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการหรือผู้รับมอบอำนาจสามารถยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานโดยเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียน และขอเอกสารหลักฐานประกอบ	๒๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม	
๒	พิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม	

๔.๒.๕ รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑. บัตรคนพิการ
๒. ทะเบียนบ้าน
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใช้ได้ทุกธนาคาร
๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๕. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๖. ทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๗. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(กรณีผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)
๘. แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยความพิการ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ ข้อ ๑๔ สิทธิของผู้ได้รับเงินเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้สิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

- ๑.ตาย
- ๒.ขาดคุณสมบัติตามข้อ๖
- ๓.แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยความพิการ

๘.๒ เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๘.๓.๑ คุณสมบัติ

- ๑.เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์รับรองและทำการวิจัยแล้ว
- ๒.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- ๓.มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ หรือถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับพิจารณา ก่อน

๘.๓.๒ การรับเงิน

- ๑.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ
- ๒.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

๘.๓.๓ วิธีการ

- ๑. ผู้ที่มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์สามารถยื่นคำขอตามแบบลงทะเบียนพร้อมเอกสารต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดด้วยตัวเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนได้
- ๒. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือเป็นผู้ได้ลงทะเบียน และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบนี้แล้ว
- ๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพย้ายภูมิลำเนาและยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต่อไป ต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายภูมิลำเนาไป

๘.๓.๔ ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน/หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจสามารถยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานโดยเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ			

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอน บริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน/ หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๒	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อม เอกสารหลักฐานประกอบ ความเห็นชอบเพื่อเสนอ ผู้บริหารพิจารณา	๒ วัน	กองสวัสดิการ สังคม	
๓.	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	กองสวัสดิการ สังคม	

๘.๓.๕ รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

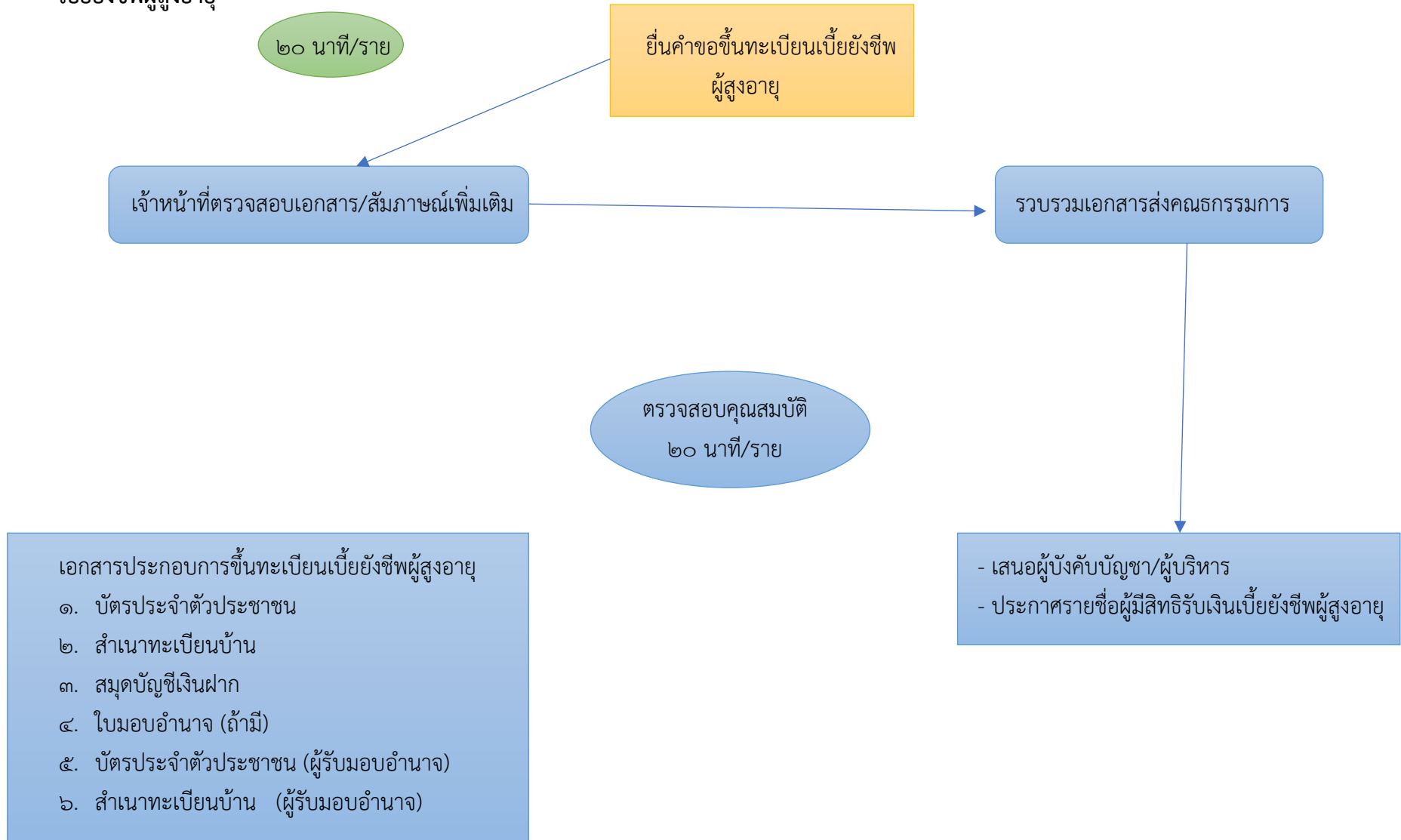
๑. บัตรประจำตัวประชาชน
๒. ทะเบียนบ้าน
๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
๔. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๕. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๖. ทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๗. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)
๘. ใบรับรองแพทย์
๙. แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

การสิ้นสุดการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ข้อ ๑๓ สิทธิของผู้ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบนี้สิ้นสุดลงในกรณีดังต่อไปนี้

๑. ตาย
๒. ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๖
๓. แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๙. แผนผังกระบวนการ
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



เบี้ยความพิการ

๒๐ นาที/ราย

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเบี้ยความพิการ

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร/สัมภาษณ์เพิ่มเติม

รวบรวมเอกสารส่งคณะกรรมการ

ตรวจสอบคุณสมบัติ
๒๐ นาที/ราย

เอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนเบี้ยความพิการ

๗. บัตรประจำตัวประชาชน

๘. สำเนาทะเบียนบ้าน

๙. สมุดบัญชีเงินฝาก

๑๐. ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)

๑๑. บัตรประจำตัวประชาชน (ผู้รับมอบอำนาจ)

๑๒. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้รับมอบอำนาจ)

- เสนอผู้บังคับบัญชา/ผู้บริหาร

- ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการ

เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๔๕ นาที/ราย

ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร/สัมภาษณ์เพิ่มเติม

ออกใบนัดตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ

รวบรวมเอกสารส่งคณะกรรมการ

๑๕ นาที/ราย

จัดทำประวัติ

รวบรวมเอกสารส่งคณะกรรมการ

เอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนเบี้ยความพิการ

๑.บัตรประจำตัวประชาชน

๒.สำเนาทะเบียนบ้าน

๓.สมุดบัญชีเงินฝาก

๓.ใบมอบอำนาจ (ถ้ามี)

๔.บัตรประจำตัวประชาชน (ผู้รับมอบอำนาจ)

๕.สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้รับมอบอำนาจ)

-เสนอผู้บังคับบัญชา/ผู้บริหาร

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

ภาคผนวก

.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ตามที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์ มอบอำนาจ ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

โดยเป็น ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่น ๆ

ชื่อ - สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำนำหน้านาม ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่น ๆ

ชื่อ.....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....

ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนาบ้านเลขที่.....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

หมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องกับ ☐ บิดา - มารดา ☐ บุตร ☐ สามี - ภรรยา ☐ พี่น้อง ☐ อื่น ๆ

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่เคยไม่รับเบี้ยยังชีพ ☐ เคยได้รับ (ย้ายภูมิลำเนา) เข้ามาอยู่ใหม่เมื่อ.....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- ☐ รับเงินสดด้วยตนเอง ☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ
- ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)
- ☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

ข้าพเจ้าขอรับรองข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ /ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ แล้ว ☐ เป็นผู้มีความสมัครใจ ☐ เป็นผู้ที่ไม่สมัครใจ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนข่อย คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ) (นางสาวภัทราพร สร้อยยอดทอง) กรรมการ (ลงชื่อ) (นายคำนึง พงษ์ทวี) กรรมการ (ลงชื่อ) (นางยุพิน แจ่มจันทิก)
คำสั่ง ☐ รับขึ้นทะเบียน ☐ ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐ อื่นๆ ... (ลงชื่อ) (นายหอม ทองดอนแอ) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนข่อย วัน/เดือน/ปี	

(ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ยื่นแบบลงทะเบียนการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การลงทะเบียนการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เอดส์ตามที่คณะกรรมการฯ โดยได้รับตั้งแต่เดือน..... พ.ศ. เป็นต้นไป

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่..... ออกให้ ณ เมื่อวันที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะที่ชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตแล้ว” จนกว่า
จะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลดอนข่อย
๓. การยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนข่อย โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมาดังนี้
 - ๓.๑ ใบรับรองแพทย์
 - ๓.๒ บัตรประจำตัวประชาชน
 - ๓.๓ ทะเบียนบ้าน
 - ๓.๔ บัญชีธนาคาร
๔. กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุ และคนพิการด้วย สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด
๖. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์แล้ว ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียนบ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายเข้าไปอยู่ใหม่) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเอดส์ไม่ดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อีกครั้ง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาเข้าไปอยู่ใหม่ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น
๗. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพฯ เสียชีวิต ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตต้องแจ้งให้อบต.ดอนข่อย ทราบภายใน ๓ วัน