คู่มือการปฏิบัติงาน

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ

การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า

โทรสาร. O43 - 210625 โทร. 043 - 210625

สัญลักษณ์ผู้สูงอายุ

สัญลักษณ์คนพิการ

สัญลักษณ์วันเอดส์โลก

คำนำ

งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการรับลงทะเบียนผู้สูงอายุเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การรับลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องในการขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน
สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า

คู่มือการปฏิบัติงาน: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1. **ชื่อกระบวนงาน** : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน** : งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน
3. **ประเภทของงานบริการ** : กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ** : ขึ้นทะเบียนและรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง**:
   1) *ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ*. 2552
6. **ช่องทางการให้บริการ**
   1) ***สถานที่ให้บริการ****สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า /ติดต่อด้วยตนเองณหน่วยงาน*
      ระยะเวลาเปิดให้บริการ (*ไม่เว้นวันหยุดราชการ*) *ตั้งแต่เวลา* 08:30 - 16:30 *น.* (*มีพักเที่ยง*)
      หมายเหตุ (*ระยะเวลาเปิดให้บริการ* 1 – 30 *พฤศจิกายนของทุกปี*)
7. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ .ศ. 2552 กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้ผู้ที่จะมีอายุครบหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไปและมีคุณสมบัติครบถ้วนมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาณสำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

<u>หลักเกณฑ์</u>

1.มีสัญชาติไทย

2.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน

3.มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปซึ่งได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานภาครัฐรัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ผู้รับบำนาญเบี้ยหวัดบำนาญพิเศษหรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกันผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนรายได้ประจำหรือผลประโยชน์อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2548

ในการยื่นคำขอรับลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

1.รับเงินสดด้วยตนเองหรือรับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

2.โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

<u>วิธีการ</u>

1.ผู้ที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไปยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นณสถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนดด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการได้

2.กรณีผู้สูงอายุที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบนี้แล้ว

3.กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่และยังประสงค์จะรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

8. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	10 นาที	งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า	(1. ระยะเวลา : 10 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า
2)	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียนหรือผู้รับมอบอำนาจ	5 นาที	งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า	(1. ระยะเวลา : 5 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า

ระยะเวลาดำเนินการรวม 15 นาที

9. **งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว**
   - ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

10. **รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

10.1) **เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ**

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
2)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)	-	1	1	ชุด	-
4)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	1	0	ฉบับ	-
5)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย	-	1	1	ชุด	-

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)					
6)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)	-	1	1	ชุด	-

10.2) **เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ

11. ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียม

12. ช่องทางการร้องเรียน

1) **ช่องทางการร้องเรียน** องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า อ.พล จ.ขอนแก่น

หมายเหตุ *1. ทางอินเทอร์เน็ต (http://www.khoksanga.go.th)*

2. ทางโทรศัพท์ (0 4321 0625)

3. ทางไปรษณีย์ (179 หมู่ 2 ต.โคกสง่า อ.พล จ.ขอนแก่น 40120)

4. ร้องเรียนด้วยตนเอง

5. ตู้รับฟังความคิดเห็น (ตั้งอยู่ ณ ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารองค์การบริการส่วนตำบลโคกสง่า)

2) **ช่องทางการร้องเรียน** อื่น ๆ ร้องเรียนต่อนายอำเภอ/ผู้ว่าราชการจังหวัด

หมายเหตุ *(ผ่านศูนย์ดำรงธรรมอำเภอ/จังหวัดทุกจังหวัด)*

3) **ช่องทางการร้องเรียน**ศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ*(เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300)*

13. **แบบฟอร์ม คำขอขึ้นทะเบียน**

ทะเบียนเลขที่…...../2558

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สูงอายุที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ – สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่..... ……โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....**นามสกุล**…….....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน**บ้านเลขที่**.....**หมู่ที่**.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์…….....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ .....

สถานภาพสมรส □โสด □สมรส □หม้าย □หย่าร้าง □แยกกันอยู่ □อื่นๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้……โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น □บิดา-มารดา □บุตร □สามี-ภรรยา □พี่น้อง □อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยวิธีดังต่อไปนี้(เลือก 1 วิธี)

□รับเงินสดด้วยตนเอง □รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย □สำเนาทะเบียนบ้าน

□ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

□หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ(ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ╱□ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)

คำสั่ง

☐รับขึ้นทะเบียน ☐ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....

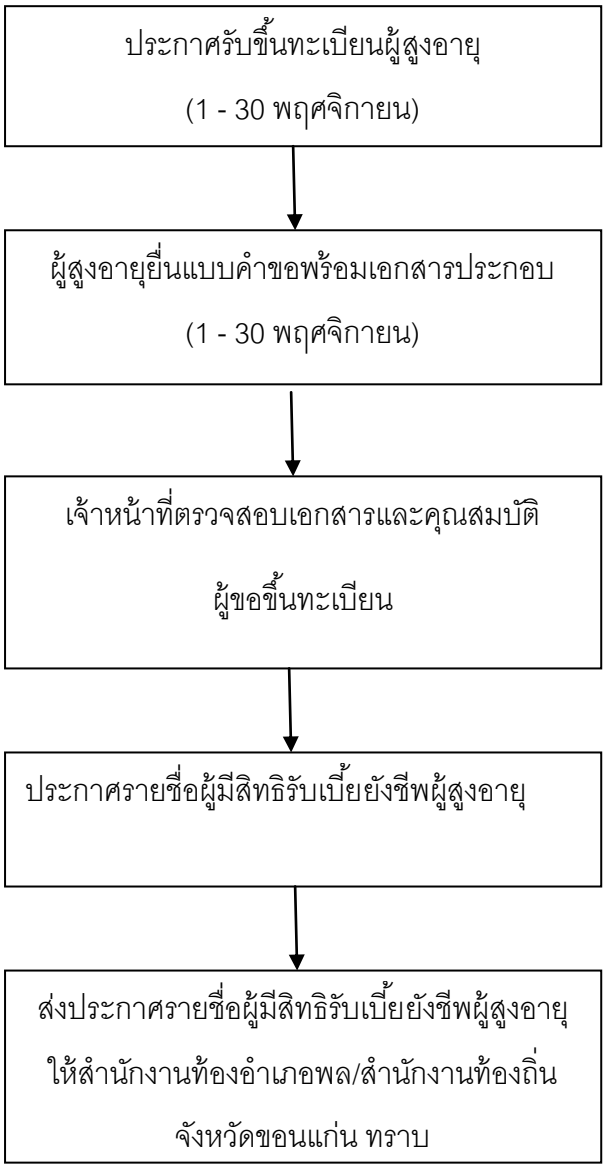
(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า

วันที่……เดือน.....พ.ศ.....

14. **แผนผังขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



- เอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ
1. สำเนาบัตรประจำตัว ประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจ
1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

15. **กำหนดการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

- ภายในวันที่ 1 - 10 ของทุกเดือน

16. **ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

1. ผู้ประสงค์รับเป็นเงินสด

รับเป็นเงินสดตามจุดที่ได้ประชาสัมพันธ์ไว้ เช่น ศาลากลางบ้าน วัด หรือที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน

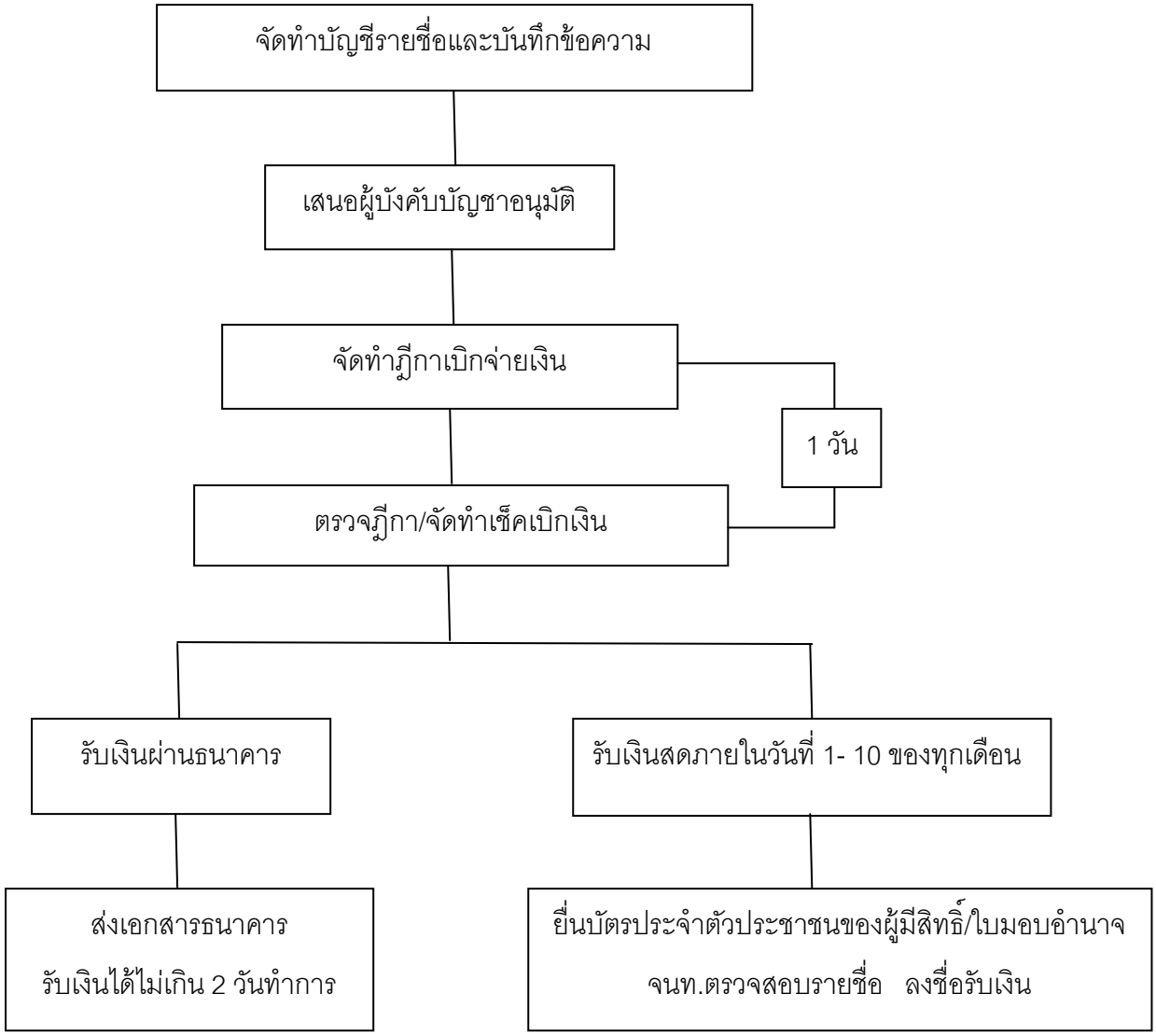
2. ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารในนามผู้สูงอายุหรือผู้รับมอบอำนาจ

17. **ตารางคำนวณเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้สูงอายุ(แบบขั้นบันได)**

ขั้น	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนเงิน(บาท)
ขั้นที่ 1	60 – 69 ปี	600
ขั้นที่ 2	70 – 79 ปี	700
ขั้นที่ 3	80 – 89 ปี	800
ขั้นที่ 4	90 ปี ขึ้นไป	1,000

18. **แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการเบิกจ่ายเบี้ยยังผู้สูงอายุ**



- กรณีรับเงินสด

1. แสดงบัตรประจำตัวประชาชนผู้สูงอายุ/ผู้รับมอบอำนาจ
2. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ)

คู่มือการปฏิบัติงาน: การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

1. **ชื่อกระบวนงาน** : การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน** : งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด
3. **ประเภทของงานบริการ** : กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ** : ขึ้นทะเบียนและรับเงินเบี้ยความพิการ
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง**:
   1) *ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ*. 2553
6. **ช่องทางการให้บริการ**
   1) ***สถานที่ให้บริการ****สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า /ติดต่อด้วยตนเองณหน่วยงาน*
      ระยะเวลาเปิดให้บริการ (*ไม่เว้นวันหยุดราชการ*) *ตั้งแต่เวลา* 08:30 - 16:30 *น*. (*มีพักเที่ยง*) *โทร*0 4321 0625
      หมายเหตุ (*ระยะเวลาเปิดให้บริการ* 1 – 30 *พฤศจิกายนของทุกปี*)
7. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2553 กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไปณที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาหรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

<u>หลักเกณฑ์</u>

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
4. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเองหรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

<u>วิธีการ</u>

1. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปให้คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นณสถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด

2.กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

3. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

8. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	10 นาที	งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า	(1. ระยะเวลา : 10 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า
2)	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียนตามแบบยื่นคำขอลงทะเบียนให้ผู้ขอลงทะเบียน	5 นาที	งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า	(1. ระยะเวลา : 5 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า

ระยะเวลาดำเนินการรวม 15 นาที

9. **งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว**
   - ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

10. **รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

10.1) **เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ**

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
2)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการผ่านธนาคาร)	-	1	1	ชุด	-
4)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่	-	1	1	ชุด	-

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
	กรณี (กรณียื่นคำขอแทน)					
5)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบคนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรมผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว)	-	1	1	ชุด	-

10.2) **เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ

11. ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีค่าธรรมเนียม

12. ช่องทางการร้องเรียน

1) **ช่องทางการร้องเรียน** องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า อ.พล จ.ขอนแก่น

หมายเหตุ *1. ทางอินเทอร์เน็ต (http://www.khoksanga.go.th)*

2. ทางโทรศัพท์ (0 4321 0625)

3. ทางไปรษณีย์ (179 หมู่ 2 ต.โคกสง่า อ.พล จ.ขอนแก่น 40120)

4. ร้องเรียนด้วยตนเอง

5. ตู้รับฟังความคิดเห็น (ตั้งอยู่ ณ ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารองค์การบริการส่วนตำบลโคกสง่า)

2) **ช่องทางการร้องเรียน** อื่น ๆ ร้องเรียนต่อนายอำเภอ/ผู้ว่าราชการจังหวัด

หมายเหตุ *(ผ่านศูนย์ดำรงธรรมอำเภอ/จังหวัดทุกจังหวัด)*

3) **ช่องทางการร้องเรียน**ศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ*(เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300)*

13. **แบบฟอร์ม คำขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ**

ทะเบียนเลขที่…...../2558

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพความพิการ

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ – สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่..... ……โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....**นามสกุล**…….....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน**บ้านเลขที่**.....**หมู่ที่**.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์…….....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ .....

ประเภทความพิการ ☐ความพิการทางการมองเห็น ☐ความพิการทางการจิตใจหรือพฤติกรรม

☐ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ความพิการทางการสติปัญญาหรือการเรียนรู้

☐ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

สถานภาพสมรส ☐โสด ☐สมรส ☐หม้าย ☐หย่าร้าง ☐แยกกันอยู่ ☐อื่นๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้……โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น ☐บิดา-มารดา ☐บุตร ☐สามี-ภรรยา ☐พี่น้อง ☐อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ☐ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ☐ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้พิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยวิธีดังต่อไปนี้(เลือก 1 วิธี)

☐รับเงินสดด้วยตนเอง ☐รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

☐สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร(ในกรณีที่ผู้ขอรับเบี้ยความพิการขอรับเงินผ่านธนาคาร)

☐หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ(กรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย /☐ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)

คำสั่ง

☐รับขึ้นทะเบียน ☐ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐อื่นๆ.....

.....

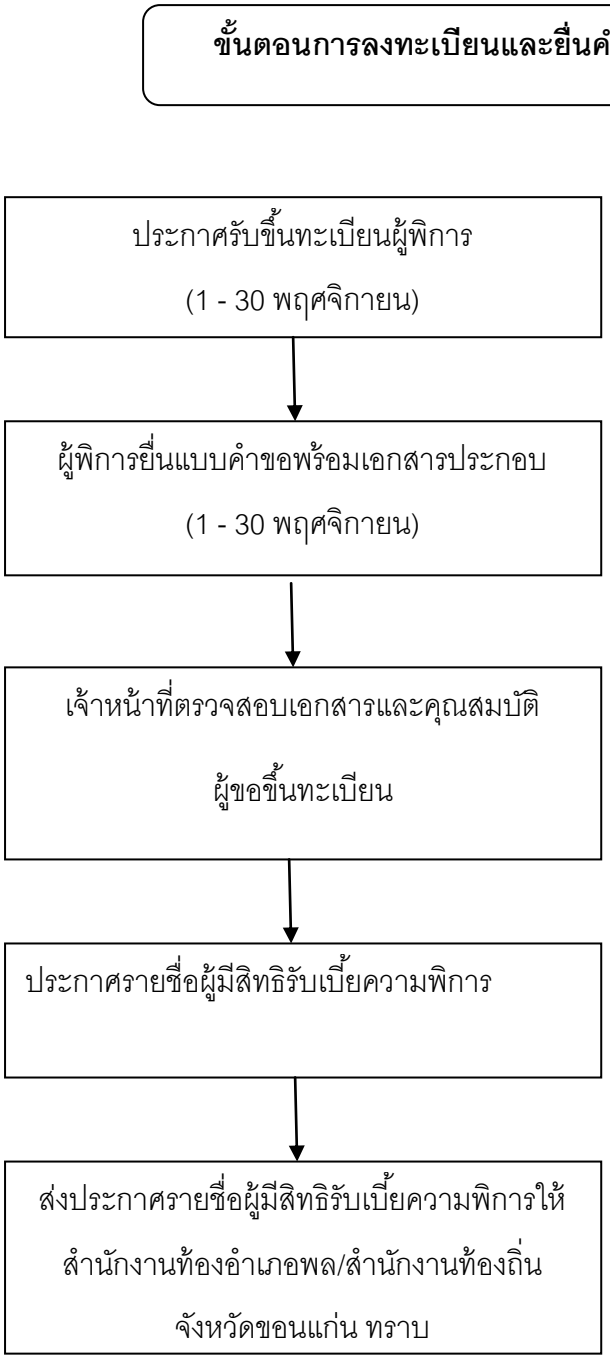
(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า

วันที่……เดือน.....พ.ศ.....

14. แผนผังขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ



- เอกสารประกอบการขึ้นทะเบียนผู้พิการ
  1. สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ
  2. สำเนาทะเบียนบ้าน
  3. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจ
  1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
  2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับ

15. **กำหนดการจ่ายเบี้ยความพิการ**

- ภายในวันที่ 1 - 10 ของทุกเดือน

16. **ช่องทางการรับเงินเบี้ยความพิการ**

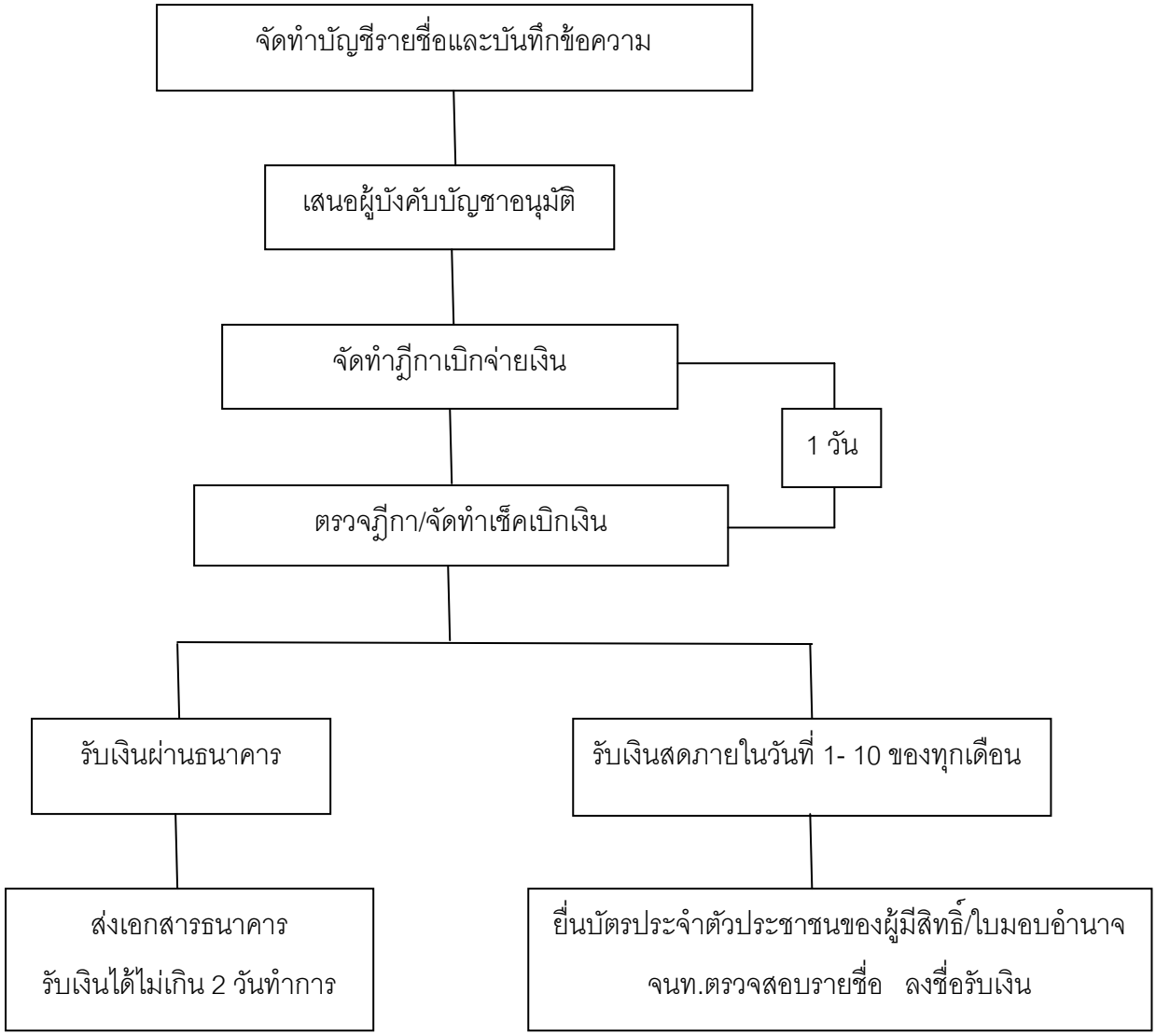
1. ผู้ประสงค์รับเป็นเงินสด

รับเป็นเงินสดตามจุดที่ได้ประชาสัมพันธ์ไว้ เช่น ศาลากลางบ้าน วัด หรือที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน

2. ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารในนามผู้พิการหรือผู้ดูแลผู้พิการ

17. **แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการเบิกจ่ายเบี้ยความพิการ**



- กรณีรับเงินสด

1. แสดงบัตรประจำตัวผู้พิการ/ผู้รับมอบอำนาจ
2. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ)

คู่มือการปฏิบัติงาน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. **ชื่อกระบวนงาน** : การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน**: งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด
3. **ประเภทของงานบริการ**:กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ** : สงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง**:

   ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ .ศ. 2548
6. **ช่องทางการให้บริการ**

   สถานที่ให้บริการ *สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน*

   ระยะเวลาเปิดให้บริการ (*ไม่เว้นวันหยุดราชการ*) *ตั้งแต่เวลา* 08:30 - 16:30 *น.* (*มีพักเที่ยง*) *โทร*0 4321 0625

   หมายเหตุ (*ระยะเวลาเปิดให้บริการ* 1 – 30 *พฤศจิกายนของทุกปี*)
7. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ .ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ลำเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

<u>หลักเกณฑ์</u>

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ
3. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

8. **ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	10 นาที	งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า	(1. ระยะเวลา : 10 นาที (ระบุระยะเวลาจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกง่า
2)	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	5 นาที	งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า	(1. ระยะเวลา : 5 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกง่า
3)	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	1 วัน	งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า	(1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 1 วันนับจากได้รับคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกง่า
4)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบ	1 วัน	งานสวัสดิการและพัฒนาชุมชน	(1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 1 วันนับจาก

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
		ความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา		สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า	การออกตรวจสภาพความเป็นอยู่ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกง่า
5)	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	3 วัน	นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า	(1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 3 วันนับแต่วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง) 2. ผู้รับผิดชอบคือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณาได้แก่สภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติหรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
					กำหนด

ระยะเวลาดำเนินการรวม 6 วัน

9. **งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว**

- ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

10. **รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

10.1) **เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ**

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
1)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
2)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	1	1	ชุด	-
3)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ผ่านธนาคาร)	-	1	1	ชุด	-
4)	หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	1	0	ฉบับ	-

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
5)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน)	-	1	1	ชุด	-
6)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ)	-	1	1	ชุด	-

10.2) **เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ

11. ค่าธรรมเนียม

- ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

12. ช่องทางการร้องเรียน

1) **ช่องทางการร้องเรียน** องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า อ.พล จ.ขอนแก่น

หมายเหตุ *1. ทางอินเทอร์เน็ต (http://www.khoksanga.go.th)*

2. ทางโทรศัพท์ (0 4321 0625)

3. ทางไปรษณีย์ (179 หมู่ 2 ต.โคกสง่า อ.พล จ.ขอนแก่น 40120)

4. ร้องเรียนด้วยตนเอง

5. ตู้รับฟังความคิดเห็น (ตั้งอยู่ ณ ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารองค์การบริการส่วนตำบลโคกสง่า)

2) **ช่องทางการร้องเรียน** อื่น ๆ ร้องเรียนต่อนายอำเภอ/ผู้ว่าราชการจังหวัด

หมายเหตุ *(ผ่านศูนย์ดำรงธรรมอำเภอ/จังหวัดทุกจังหวัด)*

3) **ช่องทางการร้องเรียน**ศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ*(เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300 / สายด่วน 1111 / www.1111.go.th / ตู้ปณ.1111 เลขที่ 1 ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. 10300)*

13. **แบบฟอร์ม คำขอขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์**

ทะเบียนเลขที่…...../2558

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

ผู้ยื่นคำขอฯ [ ] แจ้งด้วยตนเอง

[ ] ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ขอขึ้นทะเบียน

ชื่อ – สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่..... ……โทรศัพท์.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....**นามสกุล**…….....

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียน**บ้านเลขที่**.....**หมู่ที่**.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์…….....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยเอดส์ที่ยื่นคำขอ .....

สถานภาพสมรส □โสด □สมรส □หม้าย □หย่าร้าง □แยกกันอยู่ □อื่นๆ .....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้…….โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องโดยเป็น □บิดา-มารดา □บุตร □สามี-ภรรยา □พี่น้อง □อื่นๆ .....

สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ □ ยังไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ □ อยู่ในบัญชีสำรองสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 โดยวิธีดังต่อไปนี้(เลือก 1 วิธี)

□รับเงินสดด้วยตนเอง □รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

□โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ □โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

□สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่น ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย

□สำเนาทะเบียนบ้าน

□ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ จริง

□หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนและข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน

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

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ╱□ ลงในช่องหน้าข้อความที่ต้องการ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	**ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ**
เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว ..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ แล้ว ☐เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก .... (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน	เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ ☐สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)

คำสั่ง

☐รับขึ้นทะเบียน ☐ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐อื่นๆ.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า

วันที่……เดือน.....พ.ศ.....

14. แผนผังขั้นตอนการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ขั้นตอนการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
องค์การบริหารส่วนตำบลโคกสง่า

การตรวจสอบเอกสาร (ใช้เวลา 10 นาที)

↓

การพิจารณา(ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ ใช้เวลา 5 นาที)

↓

การพิจารณา(ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ ใช้เวลา 1 วัน)

↓

การพิจารณา(จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา ใช้เวลา 1 วัน)

↓

พิจารณาอนุมัติ (ใช้เวลา 3 วัน)

- เอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ
  1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
  2. สำเนาทะเบียนบ้าน
  3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร
- เอกสารเพิ่มเติมกรณีมอบอำนาจ
  1. หนังสือมอบอำนาจ
  2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ
  3. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

15. **กำหนดการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

- ภายในวันที่ 1 - 10 ของทุกเดือน

16. **ช่องทางการรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**

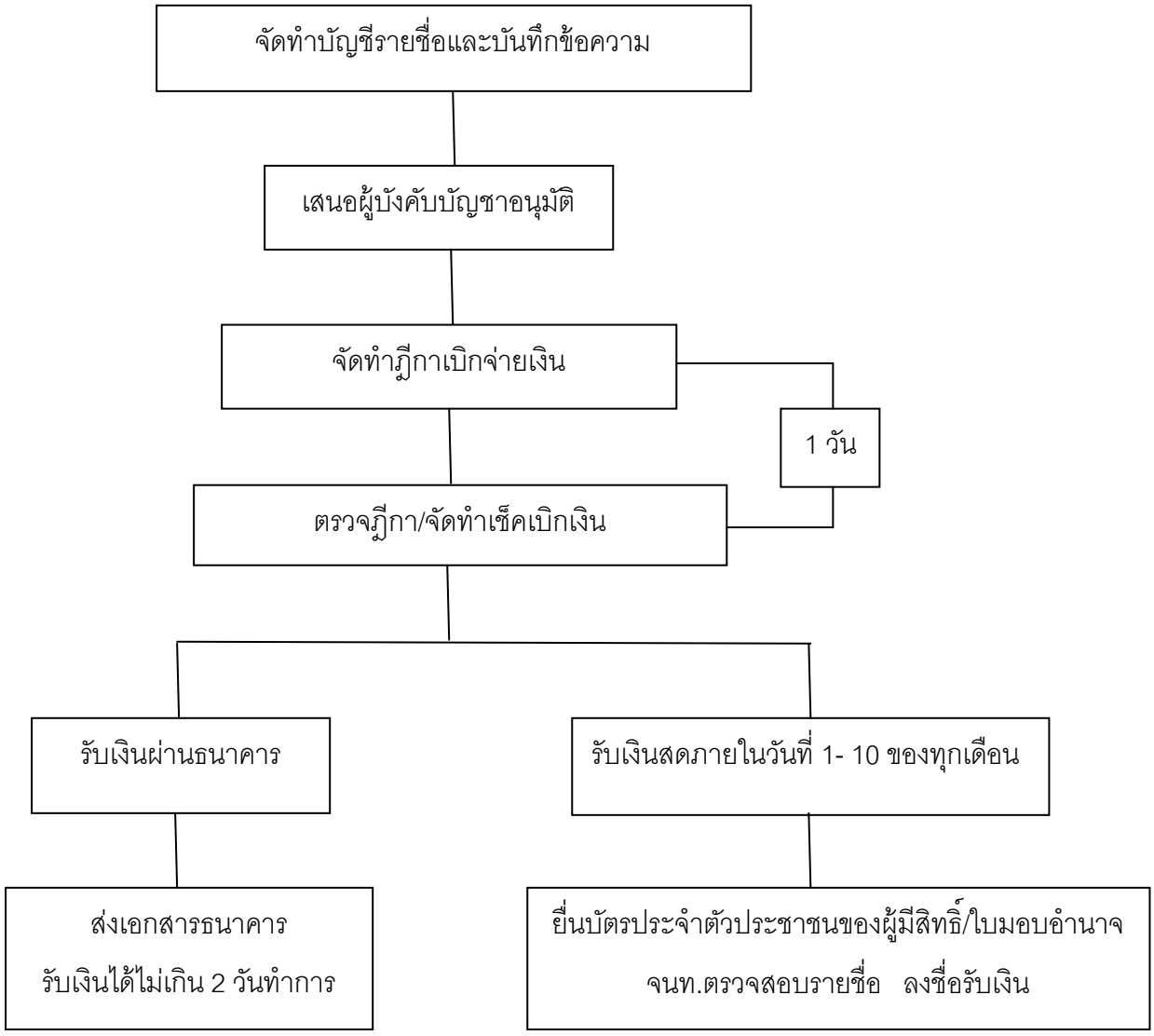
1. ผู้ประสงค์รับเป็นเงินสด

รับเป็นเงินสดตามจุดที่ได้ประชาสัมพันธ์ไว้ เช่น ศาลากลางบ้าน วัด หรือที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน

2. ผู้ประสงค์รับเงินผ่านธนาคาร

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารในนามผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

17. **แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์**



- กรณีรับเงินสด

1. แสดงบัตรประจำตัวผู้พิการ/ผู้รับมอบอำนาจ
2. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ)