

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานสวัสดิการสังคม กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลริมปิง

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

1. กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลริมปิง

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

โทรศัพท์: 0-5350-0984 ต่อ 18

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

โทรสาร: 0 53-000102

ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลริมปิง
3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับใบรับรองจากแพทย์สามารถมายื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ได้ที่กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลริมปิง
๒. เจ้าหน้าที่จากกองสวัสดิการสังคมตรวจสอบเอกสารและคุณสมบัติว่าตรงตามหลักเกณฑ์หรือไม่
๓. เจ้าหน้าที่ออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ของผู้ขอรับการสงเคราะห์
๔. เสนอผู้บริหารท้องถิ่น

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ (แนบคำขอ)

- | | | | |
|---|-------|---|------|
| 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 3. ใบรับรองแพทย์ซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ | จำนวน | 1 | ฉบับ |
| 4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (เฉพาะหน้าที่แสดงชื่อและเลขบัญชี)
สำหรับกรณีของผู้ขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผ่านธนาคาร | จำนวน | 1 | ฉบับ |

หลักฐานสำหรับผู้ยื่นแทน

- | | |
|--|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |

การสิ้นสุดการรับเบี้ยยังชีพ

1. ตาย
2. ขาดคุณสมบัติผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
 กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลริมปิง
 โทรศัพท์ : 0-5350-0984 ต่อ 18

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลริมปิง.....

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
 ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... อาชีพ.....
 การศึกษา.....หมายเลขโทรศัพท์..... ขอแจ้งความประสงค์ขอรับ
 เงินสงเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรดทุดโตรม () ขำรดทุดโตรมบางส่วน
 () มั่นคงถาวร () เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้
 () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก
 () ลำบาก เนื่องจาก.....

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ () สะดวก
 () ลำบาก เนื่องจาก

๓. การพักอาศัย

() อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....
 () พักอาศัยกับรวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน
 มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. การครองชีพผู้ขอรับการสงเคราะห์ มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของ
 รายได้.....นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

๕. ปัญหาความเดือดร้อน

☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ☐ รายได้น้อย ☐ ไม่มีค่ารักษาพยาบาล

☐ อื่น.....

๖. หลักฐานประกอบการพิจารณา

- | | |
|---|--------------|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ หนังสือมอบอำนาจ | จำนวน 1 ฉบับ |
| ☐ อื่นๆ | |

๗. กรณีได้รับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....ถนน.....

ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

๘. การตรวจเยี่ยมบ้านวันที่.....

.....
.....

๙. การวินิจฉัยปัญหา

.....
.....

๑๐. ความเห็นในการสงเคราะห์

.....
.....

..... เจ้าหน้าที่
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันเดือนปี.....

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลริมปิง

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... ตรอก/
 ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการหนึ่งดังต่อไปนี้ และให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเอง
 ทุกประการ

() แจ้งความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

() แจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

โดยให้จ่ายให้แก่.....

() เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

() แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....)

เอกสารแนบ แบบ ทศ.

ชื่อผู้ประกอบการ.....	ทะเบียนเลขที่.....
ประกอบค้าของจดทะเบียน เลขรับที่.....	รับวันที่.....

เฉพาะข้อ 1 – ข้อ 4 กรุณาระบุข้อความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

รายละเอียดเกี่ยวกับเว็บไซต์	
1. ชื่อผู้ประกอบการ (Owner Name)	
2. ชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์ (Company Name)	
3. ที่อยู่ตามใบทะเบียนพาณิชย์ (Address)	
4. ชื่อเว็บไซต์ (Website)	
5. โปรดเลือกหมวดหมู่ของเว็บไซต์ (Type Of Business)	☐ คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ☐ ท่องเที่ยว ☐ แฟชั่น/เครื่องแต่งกาย/เครื่องประดับ ☐ เกม/ของเล่น/ของขวัญ/เบ็ดเตล็ด ☐ การแพทย์ และสุขภาพ ☐ เครื่องมือเครื่องใช้อุตสาหกรรม ☐ บ้านเพ็ญ และนันทนาการ ☐ อสังหาริมทรัพย์/ออกแบบ/ตกแต่งบ้านและสวน ☐ การศึกษา ☐ ยานยนต์ ☐ การเงิน กฎหมาย และบัญชี ☐ เครื่องมือสื่อสาร/กล้อง ☐ อาหาร และเครื่องดื่ม ☐ บุคคล/สังคม/มนุษยวิทยา ☐ ข่าว – สื่อ ☐ ศิลปะและวัฒนธรรม ☐ กีฬา และนันทนาการ ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
6. ชนิดแห่งพาณิชย์ (ระบุข้อความเพิ่มเติมจากข้อ 5 ว่าเว็บไซต์ของ ท่านดำเนินการธุรกิจซื้อขายสินค้าหรือบริการใด)	
7. ระบบส่งของ/ส่งข้อมูลที่ใช้	☐ ระบบครีรา ☐ ระบบกรอกฟอร์ม ☐ e-Mail ☐ โทรศัพท์ ☐ โทรสาร ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
8. วิธีการชำระเงิน	☐ ชำระเงินแบบออฟไลน์ (โอนเงินผ่านธนาคาร ชำระเงินทางไปรษณีย์/ชำระเงินกับพนักงาน เป็นต้น) ☐ ชำระเงินออนไลน์ผ่านบัตรเครดิต ☐ ชำระเงินออนไลน์ผ่านระบบ e-Banking ☐ ชำระเงินออนไลน์ผ่านตัวกลางชำระเงิน เช่น PayPal, PayShay เป็นต้น ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
9. วิธีการส่งสินค้า	☐ บริษัทขนส่ง ☐ ไปรษณีย์ ☐ พนักงานส่งสินค้า ☐ Download ☐ e-Mail ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
10. จำนวนเงินทุน (ที่ใช้ในการทำพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์)	
11. หมายเลขโทรศัพท์ (Telephone)	
12. หมายเลขโทรสาร (Fax)	
13. e-Mail (ที่ใช้ในการขอรับ Source Code)	
14. ชื่อผู้จัดการ	
15. วันที่เริ่มต้นประกอบพาณิชย์	
16. สำนักงานที่จดทะเบียน	
17. เลขทะเบียนนิติบุคคล (ถ้ามี)	
18. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (ถ้ามี)	
19. วันที่จดทะเบียน (Registered Date)	