



คู่มือการยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเพิง
อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

การยื่นคำร้องขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ดำเนินการโดยอาศัยระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 และตามหนังสือสั่งการของกระทรวงมหาดไทย

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยผู้ป่วย ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
3. มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

4. ได้รับการรับรองและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์**

**ต้องวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์แล้วเท่านั้น หากแต่เป็นผู้ติดเชื้อ HIV จะยังไม่ถือว่าผู้มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพตามระเบียบนี้

เอกสารหลักฐานที่ใช้สำหรับการขึ้นทะเบียนขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

1. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
2. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา
3. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา
4. สมุดเงินฝากบัญชีธนาคารพร้อมสำเนา

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนด้วยตนเองได้ ท่านสามารถฝากเอกสาร หลักฐานให้แก่ผู้อื่นได้ โดยลงลายมือชื่อหรือรอยนิ้วมือลงบนเอกสารยืนยันสำเนาเอกสารหลักฐานให้กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำเย็น

กรณีผู้ป่วยไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคาร สามารถใช้สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้อื่นได้ โดยเซ็นหนังสือมอบอำนาจมาให้พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจและเอกสารหลักฐานซึ่งกล่าวมาทั้งหมดในข้างต้น

ซึ่งเมื่อผู้ป่วยทำการยื่นเอกสารให้กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำเย็นแล้ว ทางองค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำเย็นจะดำเนินการตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่ว่ามีคุณสมบัติในการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วทางองค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำเย็นจะนำรายชื่อผู้ขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อพิจารณาอนุมัติ หลังจากผู้บริหารท้องถิ่นทำการอนุมัติและผู้ป่วยได้ทำการขึ้นทะเบียนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพในเดือนถัดไปโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพเป็นจำนวนเงิน 500 บาทต่อเดือน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบในการยื่นคำขอ

1.ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลแห่งรัฐรับรองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

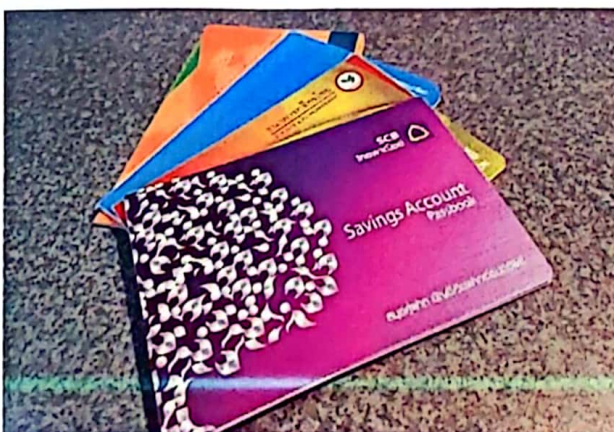
2.บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย



3.ทะเบียนบ้านของผู้ป่วย



4.บัญชีธนาคารของผู้ป่วยหรือผู้รับมอบอำนาจในการรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
ธนาคารใดก็ได้



*5.หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ
(ในกรณีที่ประสงค์ให้บุคคลอื่นรับเงินสงเคราะห์ฯแทน)