

## គុម្ភីអំពារិប្បជន

งานที่ให้บริการ	การขอรับการลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการและสังคม สำนักงานปลัด องค์กรบริหารส่วนตำบลโนนราด

## ขอบเขตการให้บริการ

### สถานที่/ ช่องทางการให้บริการ

### ระยะเวลาเปิดให้บริการ

#### ๑. สำนักงานปลัดฯ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านด่าน

วันจันทร์ ถึง วันศุกร์

ໂທຣີ່ພໍ່: ០ ៥៥៥៥-៦៣៦៥

(ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ໂທສານ : ០ ៩៩៩-៦៣៦៥

ຕິດແຕ່ເວລາ ۱۰.۳۰ – ۱۹.۳۰ ນ.

ເຖິງໄສຕ່ : <http://www.bandan.go.th/>

## หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. ผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ต้องมีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒.ผู้ป่วยเดส์ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านด่าน

๓.กรณีที่ผู้ป่วยเอกสารไม่สามารถเดินทางมายืนคำร้องด้วยตนเอง อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้

## ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

ପ୍ରମାଣିତ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

๑. ผู้ป่วยเดส ยืนเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน  
ด้าน

สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลบ้าน

#### ๒.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร,คุณสมบัติ

### ๓. เสนอคณะผู้บริหาร

ຮະຍະເວລາ

ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน ๑ วัน

## รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

### เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

- |                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| ๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน        | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ใบรับรองแพทย์                   | จำนวน ๑ ฉบับ |

### ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

### การรับเรื่องซ่องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านด่าน โทรศัพท์ : ๐ ๕๕๔๔-๖๓๖๕

หรือ เว็บไซต์ : <http://www.bandan.go.th/>

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบคำขอรับการส่งเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ตัวย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ..... ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....  
ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินส่งเคราะห์ เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้  
รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย ( ) เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ( ) ชำรุดทรุดโทรม ( ) ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน ( ) มั่นคง  
ถาวร ( ) เป็นของ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะ.....สามารถเดินทางได้  
( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก ..... อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็น  
ระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก เนื่องจาก.....  
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้ ( ) สะดวก ( ) ลำบาก  
เนื่องจาก .....

๓. การพักอาศัย ( ) อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก..... มาประมาณ.....

( ) พักอาศัยกับ .....รวม ..... คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน ..... คน มีรายได้รวม ..... บาท/เดือน  
ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. 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 นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า..... เป็นผู้มีสิทธิ์ได้รับการสงเคราะห์  
เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ..... ลำดับที่..... นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

## หนังสือมอบอำนาจ

เจียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ข้าพเจ้า.....ขอมอบอำนาจให้.....เลขประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....  
ตำบล.....อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
โทรสาร..... เกี่ยวพันเป็น..... เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการใดกิจการ  
หนึ่งดังต่อไปนี้ และให้อ同เมื่อโอนว่าข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำเงื่อนทุกประการ

( ) แจ้งความประสงค์ขอรับการลงเคราะห์เงินลงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์

( ) แจ้งความประสงค์ในการรับเงินลงเคราะห์  
โดยให้จ่ายให้แก่.....

( ) เป็นเงินสด

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

เลขที่บัญชี.....

( ) แจ้งยืนยันความประสงค์จะขอรับเงินลงเคราะห์เพื่อการยังชีพต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)