

งานที่ให้บริการ การรับลงทะเบียนเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลหนองยาว

ระยะเวลาเปิดให้บริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา 08.30 น. - 12.00 น. และเวลา 13.00 น. - 16.30 น.

ช่องทางการติดต่อ กองสวัสดิการสังคม อบต.หนองยาว โทร.๐๓๖ - ๒๒๕๒๖๓-๔ ต่อ ๐๙

www.nongyao.go.th

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการยื่นคำขอ ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถมายื่นคำขอรับเงินสงเคราะห์ได้ตลอด โดยนำเอกสารมายื่น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองยาว ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. รายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

1. ประชาสัมพันธ์การลงทะเบียนผู้ป่วยเอดส์
2. ผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้แทนกรอกคำขอตามแบบฟอร์มที่กำหนด
3. ผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้แทนยื่นคำขอตาม แบบฟอร์มที่กำหนด
4. เจ้าหน้าที่รับลงทะเบียนและตรวจสอบ ความถูกต้องของเอกสาร (ระยะเวลา 3 นาที)
5. คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ (ระยะเวลา 3 นาที)
6. นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองยาว อนุมัติ (ระยะเวลา 4 นาที)
7. อบต.หนองยาว ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์
8. ผู้ป่วยโรคเอดส์รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเอดส์ในเดือนถัดไป

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลา 10 นาทีต่อราย

ผู้ป่วยเอดส์

ได้รับเงิน เดือนละ 500.- บาท

เอกสารหลักฐานประกอบ

- 1.แบบคำขอลงทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ชุด
- 2.เอกสารหลักฐานแสดงตนของผู้ยื่นคำขอ ดังนี้

2.1 กรณีผู้ยื่นคำขอด้วยตนเอง

- สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร จำนวน 1 ฉบับ

2.2 กรณีบุคคลอื่นเป็นผู้ยื่นคำขอแทน

- สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ของผู้ป่วยเอดส์) จำนวน 1 ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ของผู้ป่วยเอดส์) จำนวน 1 ฉบับ
- หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ



