**คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ:เทศบาลตำบลควนศรี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

1. **ชื่อกระบวนงาน**:การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
2. **หน่วยงานเจ้าของกระบวนงาน:**สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม
3. **ประเภทของงานบริการ:**กระบวนงานบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
4. **หมวดหมู่ของงานบริการ:**รับแจ้ง
5. **กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2548 |

1. **ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป
2. **พื้นที่ให้บริการ:** ท้องถิ่น
3. **กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา** -

**ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ** 0วัน

1. **ข้อมูลสถิติ**

 **จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน**0

 **จำนวนคำขอที่มากที่สุด** 0

 **จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด** 0

1. **ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** [สำเนาคู่มือประชาชน] การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
2. **ช่องทางการให้บริการ**

 เทศบาลตำบลควนศรี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

 หมู่ 2 ตำบลควนศรี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84270

 โทร.077267049

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา 08:30 - 16:30 น. (มีพักเที่ยง)

***หมายเหตุ*** *(ระยะเวลาเปิดให้บริการ 1 – 30 พฤศจิกายนของทุกปี)*

1. **หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต**

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2548 กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯและมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ลำเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
 **หลักเกณฑ์** ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้
 1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
 2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 3. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

 **วิธีการ**
 1. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้
 2. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

 3.กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

**13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ**

| **ที่** | **ประเภทขั้นตอน** | **รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ** | **ระยะเวลาให้บริการ** | **ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ**  | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) | การตรวจสอบเอกสาร | ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ | 45 นาที | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | (1. ระยะเวลา : 45 นาที (ระบุระยะเวลาจริง)2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาลตำบลควนศรี |
| 2) | การพิจารณา | ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ | 15 นาที | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | (1. ระยะเวลา : 15 นาที (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาลตำบลควนศรี |
| 3) | การพิจารณา | ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์ | 3 วัน | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | (1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 3 วันนับจากได้รับคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาลตำบลควนศรี) |
| 4) | การพิจารณา | จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา | 2 วัน | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | (1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 2 วันนับจากการออกตรวจสภาพความเป็นอยู่ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)2. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือเทศบาลตำบลควนศรี |
| 5) | การพิจารณา | พิจารณาอนุมัติ | 7 วัน | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น | (1. ระยะเวลา : ไม่เกิน 7 วันนับแต่วันที่ยื่นคำขอ (ระบุระยะเวลาที่ให้บริการจริง)2. ผู้รับผิดชอบคือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น3. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณาได้แก่สภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติหรือข้อจำกัดด้านงบประมาณจะแจ้งเหตุขัดข้องที่ไม่สามารถให้การสงเคราะห์ให้ผู้ขอทราบไม่เกินระยะเวลาที่กำหนด) |

**ระยะเวลาดำเนินการรวม** 13 วัน

**14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว**

 ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

**15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ**

**15.1) 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) | บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) | - | 1 | 1 | ชุด | - |
| 6) | สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) | - | 1 | 1 | ชุด | - |

**15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม**

| **ที่** | **รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม** | **หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร** | **จำนวนเอกสารฉบับจริง** | **จำนวนเอกสารสำเนา** | **หน่วยนับเอกสาร**  | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม* |

**16. ค่าธรรมเนียม**

|  |
| --- |
|  *ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม* |

**17. ช่องทางการร้องเรียน**

 1) ช่องทางการร้องเรียน ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัดสุราษฎร์ธานี

 2) ช่องทางการร้องเรียน เทศบาลตำบลควนศรี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

 หมู่ที่ 2 ตำบลควนศรี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

 โทร.077-267049

**18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก**

|  |
| --- |
|  *ไม่มีแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก* |