

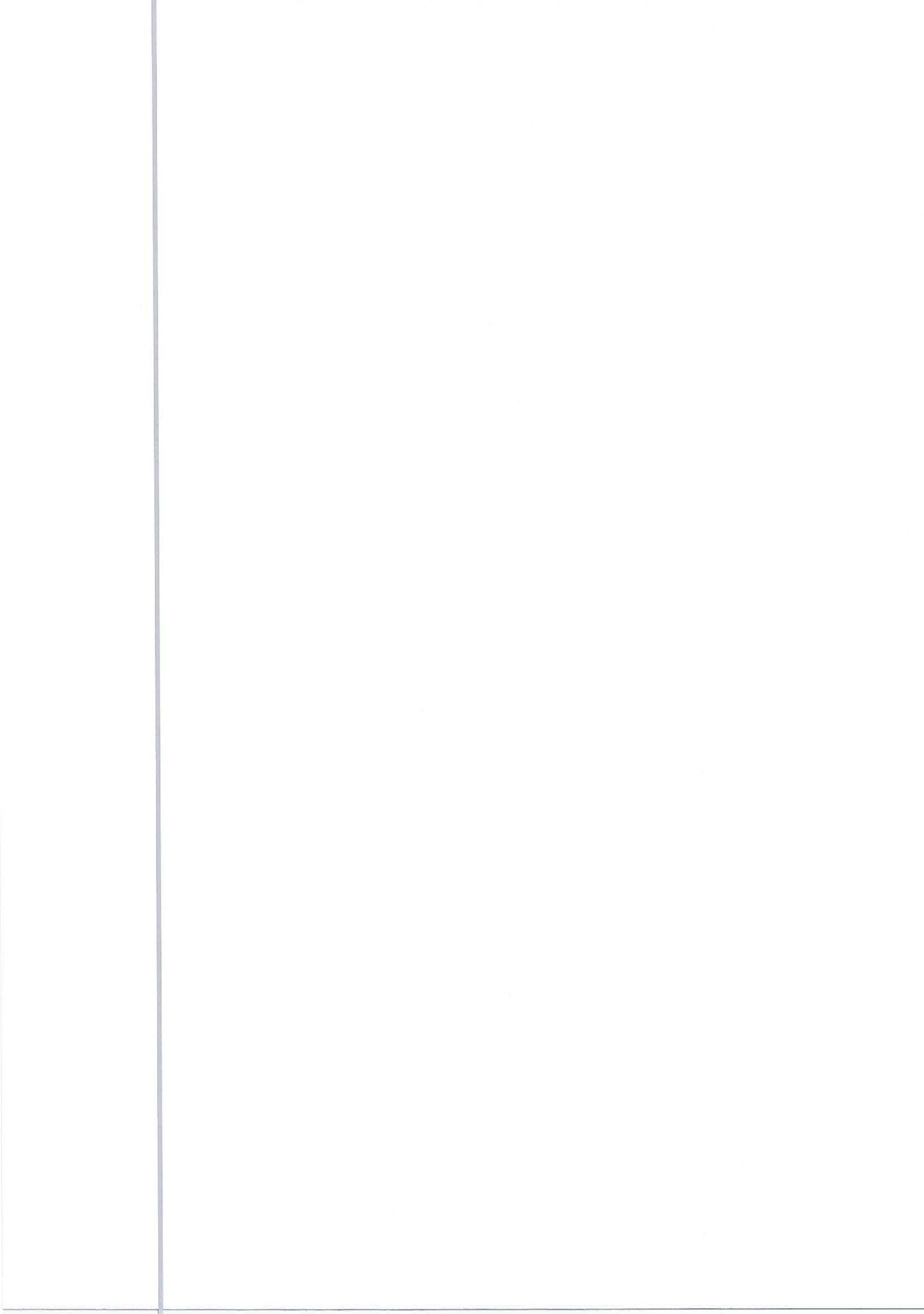


คู่มือการปฏิบัติงาน พัฒนาชุมชน

➤ เงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

โดย

สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอัม
อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
โทร. ๐๔๕-๙๐๕๒๙๑



เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

โรคเอดส์ ถือเป็นโรคมุ้มนั้กันบกพร่อง ที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus : HIV) ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีภูมิคุ้มกันต่ำลง จนร่างกายไม่สามารถต้านทานเชื้อโรคได้ ซึ่งผู้ป่วยเอดส์บางรายต้องใช้ชีวิตอย่างยากลำบากด้วยโรคร้าย ในการดำเนินชีวิต ทางภาครัฐจึงได้มีมาตรการในเชิงเดียวกับ “เบี้ยผู้สูงอายุ” และ “เบี้ยคนพิการ” โดยได้เปิดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการรักษาตามจริงจากโรงพยาบาล สามารถยื่นขอของ “เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์” ได้

๑. การยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอ้ม ดำเนินการจัดให้มีการลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์รายใหม่ที่ยังไม่เคยลงทะเบียนมาก่อน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองอ้มตามทะเบียนบ้าน
- (๓) มีใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- (๔) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้วและได้ย้ายที่อยู่จะต้องลงทะเบียน ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ทันที นับตั้งแต่วันที่ย้าย เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับสิทธิต่อเนื่อง (กรณีย้ายที่อยู่ใหม่)

๒. หลักฐานหรือเอกสารที่ต้องเตรียมมา ดังนี้

- (๑) บัตรประจำตัวประชาชนตัวจริง หรือบัตร/เอกสารอื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
- (๒) ทะเบียนบ้านตัวจริง
- (๓) ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดย สถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
- (๔) สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารตัวจริงที่เป็นประเภทออมทรัพย์

๓. การยื่นคำร้องให้ผู้อื่นมาดำเนินการเรื่องแทนผู้ป่วยเอดส์จะต้องเตรียมเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

- (๑) หนังสือมอบอำนาจ โดยขอรับได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอ้ม
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์ (ผู้มอบอำนาจ) อย่างละ ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย หากไม่สามารถรับรองสำเนาได้ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือด้านขวาแทน
- (๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย

๔. การสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

- (๑) ตาย
- (๒) ขาดคุณสมบัติ
- (๓) แจ้งสละสิทธิการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์เป็นหนังสือต่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ใบรับรองแพทย์ จะต้องระบุว่าผู้ป่วยเป็น โรคเอดส์/AIDS เท่านั้น หากระบุว่า เป็น HIV หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์รับเงินสงเคราะห์

ภาคผนวก

แบบคำขอลงทะเบียน/แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง

ภาคผนวก

แบบคำขอลงทะเบียน/แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียน

หนังสือมอบอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

ที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....
เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/
อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวข้องเป็น.....ซึ่ง
เป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อ
วันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ตัวอย่างแบบฟอร์มหนังสือมอบอำนาจยื่นหนังสือแสดงตน

หนังสือมอบอำนาจ

ที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....เกี่ยวข้อเป็น.....ซึ่ง

เป็นผู้ถือบัตร.....เลขที่.....ออกให้ ณ.....เมื่อ

วันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจยื่นหนังสือแสดงตนในการรับเงินสงเคราะห์แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

โดยนำหลักฐานการยืนยันสิทธิไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน) ประกอบด้วย

- | | |
|----------------------------------------------|--------------|
| ๑. ฉานาทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้ป่วยเอดส์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ฉานาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วยเอดส์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ฉานาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. ฉานาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ป่วยเอดส์ | จำนวน ๑ ฉบับ |

