

คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางกรให้บริการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

1.สำนักงานปลัดฯ เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

เวลาราชการ : วันจันทร์ - ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)

โทรศัพท์ : 074 829852

ตั้งแต่เวลา 08.30 - 16.30 น.

โทรศัพท์ : 074 829848

เว็บไซต์ : <https://kohnangkam.go.th/front>

หลักเกณฑ์และคุณสมบัติผู้มีสิทธิยื่นคำขอ

- 1.เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- 2.มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเกาะนางคำ
- 3.มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบ

1.ผู้ป่วยเอดส์กรอกข้อมูลในแบบการขอรับเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

งานพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัดฯ

ใช้เวลา 10 นาที

2.เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร ตรวจสอบคุณสมบัติ ใช้เวลา 10 นาที

3.เสนอคณะผู้บริหาร

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้

กรณียื่นคำร้องด้วยตัวเอง

1. บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับจริง)
2. ทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง)
3. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์ผ่านบัญชีธนาคาร)
4. ใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์จริง

กรณีมอบอำนาจ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน , สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์ และผู้รับมอบอำนาจ อย่างละ 1 ฉบับ
2. หนังสือมอบอำนาจ
3. ใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์จริง
4. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจ จำนวน 1 ฉบับ

หมายเหตุ : สำเนาเอกสารทุกฉบับ รับรองสำเนาถูกต้อง และลงลายมือชื่อให้เรียบร้อย

: สมุดบัญชีธนาคารสามารถใช้ได้ทุกธนาคาร

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

หากการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่

สำนักงานปลัด เทศบาลตำบลเกาะนางคำ โทรศัพท์ : 074-829852 , 074-829848

เว็บไซต์ : <https://kohnangkam.go.th/front>

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่ (เรียงตามลำดับ/พ.ศ.....)

(วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

เรียน

ด้วย...(คำนำหน้านาม ชื่อ - สกุล ผู้ป่วยเอกศ)... เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....
ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ขอแจ้งความประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอกศ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

1. ที่พักอาศัย

- () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ข้ำรูดทรุดโทรมมาก () ข้ำรูดทรุดโทรมบางส่วน () มั่นคงถาวรดี
() เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....
อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง..... สามารถเดินทางได้

- () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก.....

3. การพักอาศัย

- () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

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

4. รายได้ - รายจ่าย

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้(คำนำหน้านาม ชื่อ - สกุล).....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)