



คู่มือและมาตรฐานการให้บริการ  
เรื่อง การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน  
เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

กองสวัสดิการสังคม  
องค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี  
อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม  
โทร.๐๔๒-๕๗๓๒๓๔ ต่อ ๖๐๘

# คู่มือการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเอดส์

\*\*\*\*\*

คุณสมบัติผู้มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี
๒. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ขั้นตอนการยื่นคำขอเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมิไ้รับรองแพทย์ซึ่งออกให้ โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๒. การยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ สามารถยื่นคำร้องได้ที่ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอด้วยตนเองได้ อาจมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการแทนได้ โดยใช้หลักฐานดังนี้

๒.๑ ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ ยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง

๒.๒ บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริง พร้อมสำเนา

๒.๓ ทะเบียนบ้านฉบับจริง พร้อมสำเนา

๒.๔ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารใดก็ได้ พร้อมสำเนา

ข้อแนะนำสำหรับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

๑. กรณีผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้สูงอายุหรือคนพิการ หรือเป็นทั้งผู้สูงอายุและคนพิการ สามารถยื่นคำร้อง ขอรับเงินเบี้ยยังชีพได้ทุกกรณี
๒. กรณีผู้ป่วยเอดส์ได้รับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว ต่อมาได้ย้ายภูมิลำเนา (ย้ายชื่อในทะเบียน บ้าน) ไปอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ผู้ป่วยเอดส์ต้องดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ย้ายภูมิลำเนาที่เข้าไปอยู่แห่งใหม่ (เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่) ซึ่งถ้าไม่ดำเนินการยื่นคำร้อง ขอรับเบี้ยยังชีพฯ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพถึงเดือนที่ย้ายภูมิลำเนาเท่านั้น

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์จะต้องระบุว่า ป่วยเป็นโรคเอดส์ / AIDS เท่านั้น หากระบุว่าเป็น HIV หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะไม่เข้าหลักเกณฑ์การรับเงินสงเคราะห์

งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

องค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี

โทร.๐๔๒-๕๗๓๒๓๔ ต่อ ๖๐๘

แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เฉพาะกรณีผู้ป่วยเอดส์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมายื่นคำขอลงทะเบียนแทน  
 ผู้ยื่นคำขอ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียน  
 ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ) .....เลขประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ  
 □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่.....  
 .....โทรศัพท์.....

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ ..... นามสกุล.....  
 เกิดวันที่.....เดือน .....พ.ศ. ....อายุ.....ปี สัญชาติ.....มีชื่ออยู่ในสำเนา  
 ทะเบียนบ้านเลขที่ .....หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย .....ถนน.....  
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์ .....  
 โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หม้าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่น ๆ .....

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพการรับสวัสดิการภาครัฐ

- ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ  ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์  
 ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยความพิการ  ย้ายภูมิลำเนาเข้ามาอยู่ใหม่ เมื่อ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

- รับเงินสดด้วยตนเอง  รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
 โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ  โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ  
 ทั้งหมดแบบเอกพจน์ ดังนี้

- จำเนาะบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย  สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)  
 หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ  
 สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร .....บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ  
 บำเหน็จรายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
 และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

(ลงชื่อ) .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

หมายเหตุ ให้ใจกล้าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/</p> <p>.....</p> <p>ใบอนุญาตประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> .....-.....-.....-..... แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ไม่เหมาะสม เนื่องจาก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว</p> <p>มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) .....</p> <p>(.....)</p>
---	---

คำสั่ง

รับลงทะเบียน  ไม่รับลงทะเบียน  อื่น ๆ.....

.....

(ลงชื่อ)

(นางสาวมารีสา ดวงสงค์)

นายกองค้การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี

วัน/เดือน/ปี .....

ดีด บง รอย เล้น ทะ ให้ ผู้ป่วย เอลล์ ที อีน ค้ำ ขล ทะ เบี้ย ้น เก็บ ไว้ .....

มี ระบบ ค้ำ ขล ทะ เบี้ย ้น เมื่อ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่เดือน ..... พ.ศ. .... ในอัตราเดือนละ ๕๐๐ บาท วันที่ ๑๐ ของทุกเดือน หากเป็นผู้ป่วยเอดส์ย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสีเขียวให้ต่อเนื่อง

หนังสือมอบอำนาจ

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

หรือ อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร.....

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

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

หรือ อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นทุนไปอำนาจรับเงิน.....แทนข้าพเจ้า “ทั้งในขณะมีชีวิตอยู่หรือ  
เมื่อเสียชีวิตแล้ว” จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วย  
ตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ ลงลายชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)