



คู่มือมาตรฐานการให้บริการ



เทศบาลเมืองนพนบุรี

กองสวัสดิการสังคม

ตำบลทะเลชุบศร อำเภอเมืองนพนบุรี จังหวัดนพนบุรี

คำนำ

เทศบาลเมืองลพบุรี กองสวัสดิการสังคม ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ และ ส่งเสริมสวัสดิการสังคม มีบทบาทหน้าที่ในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตเทศบาลเมืองลพบุรีและ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการ รับลงทะเบียนผู้สูงอายุ เพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนคนพิการเพื่อรับเงินเบี้ยความพิการ และรับคำร้องผู้ป่วยเอดส์ เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการจ่ายเงิน เบี้ยยังชีพฯ ให้กับบุคคลดังกล่าว โดยถือปฏิบัติ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการ ขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนที่มาขอรับบริการได้มีความเข้าใจที่ถูกต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความสะดวกรวดเร็ว และถูกต้องใน การขอรับบริการในเรื่องดังกล่าวเทศบาลเมืองลพบุรี จึงได้จัดทำคู่มือการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงิน เบี้ยความพิการ การยื่นคำร้องเพื่อรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ขึ้น

เทศบาลเมืองลพบุรีหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และ ผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสิทธิพึงได้รับ รวมทั้งทราบแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งทำให้เกิด ประโยชน์สูงสุดต่อบุคคลดังกล่าวและประชาชนที่มาขอรับบริการ ต่อไป

นายจำเริญ สละชีพ
นายกเทศบาลเมืองลพบุรี

สารบัญ

หน้า

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.....	๔
การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการ.....	๙
การขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์.....	๑๕



การลงทะเบียน
และยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ

หลักฐานเอกสารที่ต้องนำมาแสดงกับขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน	จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ประเภทเงินฝากออมทรัพย์	จำนวน ๑ ชุด

กรณีไม่สามารถมาขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเองให้เพิ่มหลักฐานดังนี้

๑. หนังสือมอบอำนาจ	
๒. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอรับมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ	จำนวน ๑ ฉบับ

วิธีการ

๑. ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในปีงบประมาณถัดไป ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการได้

๒. กรณีผู้สูงอายุได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่และประสงค์จะรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อไปแจ้งความประสงค์ขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนย้ายไป

ระยะเวลา

ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน และเดือนมกราคม ถึง กันยายน ของทุกปี เว้นวันหยุดราชการ (เสาร์-อาทิตย์) และนักขัตฤกษ์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๓๐ นาทีต่อราย และ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิภายใน ๑๕ วันนับตั้งแต่สิ้นสุด ระยะเวลา การลงทะเบียน ๑๐ นาที

ค่าธรรมเนียม

- ไม่เสียค่าธรรมเนียม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

พระปิ่นเกล้าที่ _____ /๐๕๖๕๔

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เพราะการมีผู้สูงอายุอายุตั้งแต่หกสิบห้าปีขึ้นไปในครอบครัว

ผู้ยื่นคำขอฯ เป็นคนต่างถิ่นหรือต่างจังหวัด ผู้สูงอายุที่อยู่ครอบครัวเดียว

ชื่อ - นามสกุล (ผู้ยื่นคำขอฯ) _____ เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ยื่นคำขอฯ) _____ ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ _____

ชื่อผู้สูงอายุ _____

ชื่อ _____ เพศ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ตัวอักษร (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ _____ นามสกุล _____

เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ อายุ _____ ปี สัญชาติ _____

มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่ _____ ชุมชน _____ ต. _____ อ. _____ จ. _____

ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ เลขที่ _____

รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

นาย/นาง/นางสาวประจำตัวประชาชนของผู้สูงอายุชื่อคำขอ

สถานภาพสมรส โสด สมรส หย่า อื่นๆ _____

รายได้ต่อเดือน _____ บาท อื่นๆ _____

ข้อมูลทั่วไป: สถานภาพการรับสวัสดิการรัฐ

ไม่ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้พิการ

ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ยังอยู่และดำเนินการในคุณสมบัติได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีครอบครัวประกอบเข้าบ้านผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีชื่อต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินค่าตอบแทน รับเงินค่าเช่าบ้าน รับเงินค่าเช่าที่ดิน รับเงินค่าเช่าบ้าน

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้ให้สิทธิ์ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับสิทธิ์ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้รับสิทธิ์

พร้อมเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประจำตัวรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ

สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร _____ บัญชีเลขที่ _____ ชื่อบัญชี _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่ได้เป็นผู้รับบ้านเช่า เบี้ยหวัด บ้านเช่าพิเศษ บ้านเช่ารายเดือน หรือสวัสดิการเป็นรายเดือนจากหน่วยงานของรัฐ รัฐบาลท้องถิ่น หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ตั้งชื่อ _____ ตั้งชื่อ _____

() ()

ผู้ยื่นคำขอฯ ผู้รับเงินเบี้ยยังชีพ

นาย/นาง/นางสาว _____

นาย/นาง/นางสาว _____

หมายเหตุ ให้ติดคำขอขึ้นทะเบียนการออก และทำเครื่องหมาย โสด หมั้น/คบหา

- ๒ -

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน เห็น คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ _____ มีความเห็นดังนี้ หมายเหตุบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เห็น นาย เสนอศรี/อบค. _____ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้ <input type="checkbox"/> เห็นควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่เห็นควรรับลงทะเบียน
<input type="checkbox"/> เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน <input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก _____ กรรมการ (ตั้งชื่อ) _____ () กรรมการ (ตั้งชื่อ) _____ () กรรมการ (ตั้งชื่อ) _____ ()	

ตั้งชื่อ _____

ตั้งชื่อ _____

นาง/นาย/นาง/นางสาว _____

วันเดือนปี _____

คัดค้านหรือแย้งไป _____

ต้นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มีคุณสมบัติ ครบถ้วน และตามช่วงเวลาในการลงทะเบียน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดยได้รับตั้งแต่เดือน _____ พ.ศ. _____ เป็นต้นไป การมีผู้สูงอายุยื่นอุทธรณ์ฯ ไปอยู่ที่อื่นจะต้องลงทะเบียนรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ณ ที่ตั้งการปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนกุมภาพันธ์ของปีถัดไป ซึ่งผู้สูงอายุจะได้เป็นผู้สูงอายุ ณ องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นนั้นจนถึงสิ้นปีงบประมาณ และนับที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่เป็นปีงบประมาณต่อไป

กลุ่มสวัสดิการสังคม 036-425247

คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีอายุครบ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไปลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๔. ไม่เป็นผู้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ (รับบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรืออื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับเงินเดือนค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์อย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ ยกเว้นผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ ตามกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ ***ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร ในนามบุคคลที่ได้รับอำนาจจากผู้มีสิทธิ ***)(ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี ให้ผู้ที่มีอายุครบ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไปในปีงบประมาณถัดไป และมีคุณสมบัติตามข้อ ๖ มาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา ณ สำนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ สถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด)

สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

๑. ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๖)
๒. เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้รับแบบขั้นบันได
 - อายุ ๖๐ – ๖๙ ปี ได้ ๖๐๐ บาท
 - อายุ ๗๐ – ๗๙ ปี ได้ ๗๐๐ บาท
 - อายุ ๘๐ – ๘๙ ปี ได้ ๘๐๐ บาท
 - อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป ได้ ๑,๐๐๐ บาท
๓. ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว หากมีความพิการ สามารถขอรับเบี้ยยังชีพ ความพิการได้อีกเดือนละ ๘๐๐ บาท ซึ่งต้องมีบัตรประจำตัวคนพิการ ทั้งนี้ต้องมา ยื่นคำร้องลงทะเบียนรับเบี้ยความพิการ

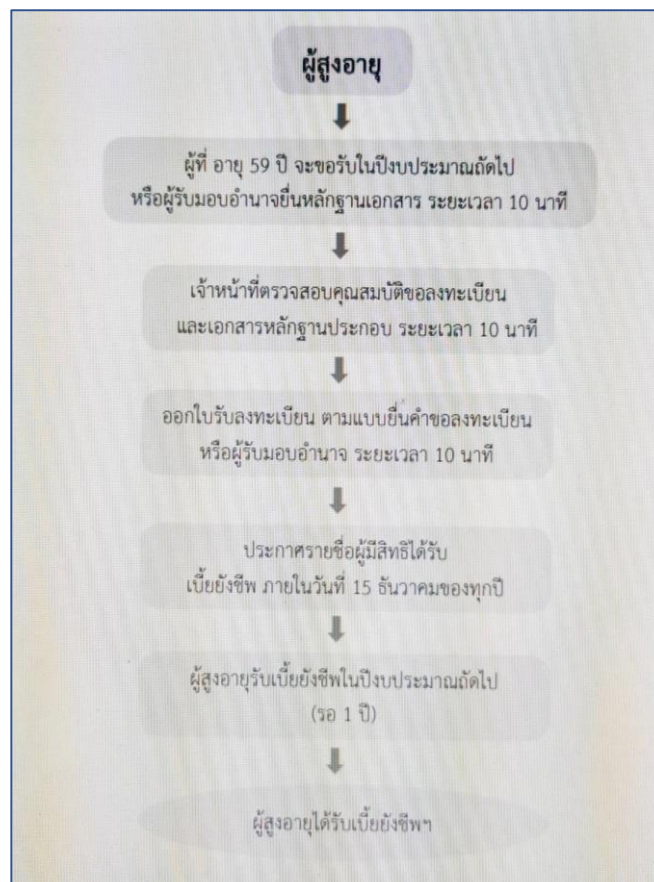
ขอบเขตการให้บริการ การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาการเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี ๕๕๕ สำนักงานเทศบาลเมืองลพบุรี ถนนนารายณ์มหาราช อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี	เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

หลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไขการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเรื่องการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้ผู้สูงอายุมาลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพฯ ในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาหรือสถานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

ขั้นตอนการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



ข้อกำหนดด้านกฎหมาย

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖
- หนังสือสำนักการคลัง ที่ ก ท ๑๓๐๘/๒๕๗๑ ลว. ๑๗ เมษายน ๒๕๕๘ เรื่อง เห็นชอบหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการด าเนินการเพื่อขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุฯ
- หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๕๗๔๔ ลว. ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔
- หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๐.๖/ว ๕๔๓๕ ลว. ๑๒ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่๔) พ.ศ.๒๕๖๒

การลงทะเบียน
และยื่นคำขอรับเบี้ย

ความพิการ

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิต คนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการณของสถานสงเคราะห์

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดย โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารใน นามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาลแล้วแต่กรณี ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือ ไร้ความสามารถให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์หรือผู้อนุบาลแล้วแต่กรณียื่นคำขอ แทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว



ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาการเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี ๕๕๕ สำนักงานเทศบาลเมืองลพบุรี ถนนนารายณ์มหาราช อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี	เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ และ (ฉบับที่๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ให้คนพิการที่ได้ จดทะเบียนคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการด้วยตนเองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนด และมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในเดือนถัดไป



คนพิการ หมายถึง

คนพิการ หมายถึง “บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างบุคคลทั่วไปทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด”

ประเภทความพิการ

๑. ความพิการทางการมองเห็น
๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
๕. ความพิการทางสติปัญญา
๖. ความพิการทางการเรียนรู้
๗. ความพิการทางออทิสติก

ทำไมต้องมีบัตรประจำตัวคนพิการ ?

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนด ให้คนพิการอาจยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการได้ทั้งนี้คนพิการที่มีบัตรประจำตัว คนพิการ มีสิทธิในการเข้าถึงและประโยชน์ได้ตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว



ระยะเวลา

ทุกวัน ในเวลาราชการ (เว้นวันหยุดและนักขัตฤกษ์) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นไม่เกิน ๒๐ นาทีต่อราย และกองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองหนองปรือ จะปิดประกาศบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันสิ้นสุดระยะเวลาการลงทะเบียน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยความพิการ ดังนี้

๑. บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด

๒. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด

๓. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ชุด

ในกรณีที่คนพิการ เป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบธรรม คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณียื่นคำขอแทน ต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

๔. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน) จำนวน ๑ ชุด

๕. หนังสือมอบอำนาจ จำนวน ๑ ชุด

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาการเปิดให้บริการ
๑. ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการ ในเดือนถัดไปหรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน ระยะเวลา ๑๐ นาที	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ และส่งเสริมสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลง ทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ ระยะเวลา ๑๐ นาที	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ และส่งเสริมสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี
๓. ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่น คำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน ระยะเวลา ๑๐ นาที	ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ และส่งเสริมสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี

วิธีการ

๑. คนพิการ ที่จะ มี สิทธิ รับ เงิน เบี้ย ความ พิการ ใน เดือน ถัด ไป ให้ คน พิการ หรือ ผู้ ดู แลก คน พิการ ผู้ แทน โดย ชอบ ธรรม ผู้ พิ กั ษ ์ ผู้ นุ ญ บาล แล้ว แต่ กรณียิน ค้ำ ขอล ตาม แบบ พ ร้อ ม เออก สรา ท ล ก ฐา น ต่ อ ง ค ร์ ป ก ร ค ร ง ส ่วน ท้อง ถิ่น ณ ส ถาน ที่ ที่ อ ง ค ร์ ป ก ร ค ร ง ส ่วน ท้อง ถิ่น ป ร ก าศ ก ำ ห น ด

๒. กรณียกคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมาให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณียกคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังคงประสงค์จะรับเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ค่าธรรมเนียม

- ไม่เสียค่าธรรมเนียม

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

- แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่ /2564

แบบคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

ข้าพเจ้าขอรับการขออำนาจให้ดูคุณสมบัติการลงทะเบียน : ผู้รับฯฯฯฯ ตามชนิดของระดับชั้นรับฯฯฯฯ

ยื่นขอรับการลงทะเบียน โดยเป็น บิดา มารดา บุรุษ สามี ภรรยา พี่น้อง ผู้ดูแลคนพิการตามระเบียบฯ

ชื่อ สกุล ผู้รับเงินเบี้ยความพิการ () ที่อยู่ () โทรศัพท์ ()

ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่ วันที่ เดือน พ.ศ. () ถึง วันที่ เดือน พ.ศ. ()

คำนำหน้านาม นกชวย นกหญิง นกชาย นกบ นกลาภ อื่นๆ (ระบุ) ()

ชื่อ () นามสกุล ()

เกิดวันที่ () เดือน () พ.ศ. () อายุ () ปี สัญชาติ ()

มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่ () ชุมชน () ถนน ()

ค่าเช่า () ค่าถือ () เดือน () ปี จักรหวัด () ลพหวิ () รหัสไปรษณีย์ () 15000 () โทรศัพท์ ()

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของเคการลงทะเบียน ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐๐-๐๐๐

ประเภทความพิการ ความพิการทางสมอง ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเคลื่อนไหว

ความพิการทางการมองเห็นหรือการฟัง ความพิการทางอาชีพ

ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ความพิการทางการสื่อสาร

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ ()

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ () โทรศัพท์ ()

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสิทธิการหาหวิ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยอื่น

เคยได้รับเบี้ยอื่นบ้าง เช่น ค่าเช่าอยู่ใหม่ เดือน () ได้รับเงินเบี้ยอื่นจากผู้ดูแล

ได้รับการสมัครทะเบียนผู้พิการแล้ว ยังไม่ได้รับการแจ้งสิทธิ์

มีอาชีพ (ระบุ) () รายได้เดือน (ระบุ) () บาท

มีกระบวนการรักษาพยาบาล ()

มีรวมประสงค์รับการฝึกอาชีพ ()

มีรวมประสงค์รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยวัดตั้งแต่วันที่ (เดือน 1 31) ()

รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ รับเงินเบี้ยผู้พิการที่รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล

โสดแล้วมีคู่สมรสแล้ว โสดแล้วมีคู่สมรสแล้วแต่ยังไม่มีทะเบียนสมรส โสดแล้วมีคู่สมรสแล้วแต่ยังไม่มีคู่สมรส

สหกร. () สภา () ศพช. () เลขที่บัญชี () ๐๐๐๐-๐๐๐๐๐๐-๐๐๐

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนารายบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ยื่นคำขอลงทะเบียนการลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ ผู้ดูแลคนพิการและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอลงทะเบียน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ดูแลคนพิการแล้ว และข้อความข้างล่างข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ลงชื่อ) () (ลงชื่อ) ()

ผู้ยื่นคำขอ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอ () ()

ทะเบียนเลขที่ ให้ต่อคำขอลงทะเบียนที่ ไม่ต้องการกรอก และยื่นคำขอรับ ไม่ต้องการ ไม่มีความต้องการ

2-

<p>ความเต็มใจที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว.....</p> <p>นายทะเบียนประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐๐-๐๐๐</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ดูแลคนพิการแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้รักษาคุณสมบัติ ดังนี้ ()</p> <p>(ลงชื่อ) ()</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p> <p>คำสั่ง <input type="checkbox"/> รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่รับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ()</p> <p>(ลงชื่อ) ()</p> <p>(นายจำริญ สละชีพ)</p> <p>นายกเทศมนตรีเมืองลพบุรี</p> <p>วัน/เดือน/ปี ()</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>เรียน นายทะเบียนระดับอำเภอ คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับลงทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ) ()</p> <p>(ลงชื่อ) ()</p> <p>เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน</p>
--	--

๑ (ติดต่อขอรับใบระเบียบฯ ให้คนพิการยื่นคำขอลงทะเบียนย้อนไป)

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่ () เดือน () พ.ศ. ()

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยจะได้รับ เงินเบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน () พ.ศ. () โสดแล้วมีคู่สมรส 800 บาท ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน กรณียื่นคำขอ การดำเนินการ ข้าราชการประจำไปอยู่ที่อื่น จะต้องลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แห่งใหม่โดยทันที ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาสวัสดิภาพ (ติดต่อสอบถาม กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี 036-425247)

(ลงชื่อ) ()

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ข้อกำหนดด้านกฎหมาย

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๖๒
- มติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบมติจากการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติเพิ่มเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘
- หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุดที่มท ๐๘๑๐.๖/ว ๕๔๓๕ ลว. ๑๒ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๒

การขอรับการสงเคราะห์
เบี้ยยังชีพผู้ป่วย

แอดส์

ความรู้เรื่องโรคเอดส์

เอดส์หรือโรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส ไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของ ร่างกายทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้ออวยโอกาสประเทศไทยมีการติดเชื้อ HIV เป็นจำนวนมากแม้ว่าเวลาผ่านไปนานพอสมควรก็ยังพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลาเป็นการสมควรที่ทุกคนจะเรียนรู้ถึงโรคและการป้องกัน หากท่านมีผลเลือดบวกแสดงว่าท่านได้รับเชื้อ HIV จากการร่วมเพศกับผู้ที่ติดเชื้อโดยที่ไม่ได้ป้องกัน หรืออาจจะเกิดจากการฉีดยาเสพติด

การติดต่อของเชื้อ HIV สามารถติดต่อได้หลายทาง ดังต่อไปนี้

๑. ทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะไม่ได้ใส่ถุงยางคุมกำเนิดเมื่อร่วมเพศกับกลุ่มเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ (ติดยาเสพติด รักร่วมเพศ ไม่ทราบสถานะของคู่ขา) ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศระหว่างชายหญิงหรือทางทวารหนัก หรือทางปาก หรือการใช้อุปกรณ์ทางเพศร่วมกันโดยไม่ได้ทำความสะอาด เช่นถุงยางคุมกำเนิด การที่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เช่น หนองใน แผลริมอ่อน หรือการใช้น้ำอสุจิ sperm จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์

๒. การใช้เข็มร่วมกันสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดท่านควรจะใช้เข็มครั้งเดียวแล้วทิ้งไม่ควรใช้ร่วมกับคนอื่นโดยเฉพาะใช้ร่วมกันหลายคนและยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อตับอักเสบบี

๓. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถูกเข็มตำ อัตราการติดเชื้อพบได้ ๓/๑๐๐๐ ราย

๔. ติดต่อกันโดยการให้เลือดที่มีเชื้อโรค ซึ่งปัจจุบันการตรวจเลือดและการคัดกรอง การบริจาคทำให้ปัญหานี้ลดลง

๕. การติดต่อจากแม่สู่ลูกเด็กประมาณ ๑/๔-๑/๓ ของผู้หญิงที่ติดเชื้อ HIV ที่ไม่ได้ รับประทานยาจะติดเชื้อ HIV แต่ถ้าหากแม่ได้รับการรักษาโอกาสติดเชื้อจะลดลงโดยเฉพาะหากผ่าตัดทางหน้าท้อง

อาการของการติดเชื้อ HIV

อาการของการติดเชื้อ HIV จะมีความหลากหลาย ขึ้นกับระยะของโรค เนื่องจากเชื้อ HIV เป็นไวรัสชนิดหนึ่งอาการของการติดเชื้อ HIV จะเหมือนอาการของ ไข้หวัดคือ มีไข้ปวดศีรษะ มีผื่น อ่อนเพลีย เราไม่สามารถวินิจฉัยได้จากอาการ แม้ว่าผู้ได้รับเชื้อ HIV จะไม่มีอาการแต่เขาสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ฉะนั้นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงควร ได้รับการเจาะเลือดในช่วงแรกของการติดเชื้อ HIV คุณอาจจะมีอาการดังต่อไปนี้

๑. ต่อม้ำเหลืองโต ตับ ม้ามโต มักจะเป็นอาการอันดับแรกของการติดเชื้อ

๒. ท้องร่วง บางคนอาจจะเรื้อรัง

๓. มีไข้

๔. ไอและหายใจลำบาก

เมื่อไม่ได้รับการรักษาเชื้อก็จะแบ่งตัวเรื่อยและทำลายระบบภูมิคุ้มกันและกลายเป็นโรคเอดส์ซึ่งจะมีอาการดังนี้

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| ๑. เหนื่อยออกกลางคืน | ๕. ลื่นเป็นฝ้าขาว |
| ๒. ไข้หนาวสั่น ไข้สูงเรื้อรัง | ๖. ปวดศีรษะ |
| ๓. ไอเรื้อรัง และหายใจลำบาก | ๗. ตามัวลงหรือเห็นเป็นเส้นลอยไปมา |
| ๔. ท้องร่วงเรื้อรัง | ๘. น้ำหนักลด |

การติดเชื้อฉวยโอกาส

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| ๑. เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย | ๓. เพลียและเหนื่อยง่าย |
| ๒. หากเป็นผู้หญิงก็มีอาการตกขาวบ่อย | ๔. บางคนมีผื่นตามตัว |

กิจกรรมที่ไม่ติดต่อ

หลายท่านที่มีเพื่อนหรือญาติเป็นโรค AIDS กังวลจะติดเชื้อจากผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย เกิดอาการน้อยเนื้อต่ำใจนำไปสู่การซึมเศร้าท่านไม่สามารถติดเชื้อจากอากาศอาหาร น้ำ ยุงหรือแมลงกัด ห้องน้ำ ช้อนช้อน ท่านสามารถช่วยผู้ป่วยใส่เสื้อผ้า ช่วยป้อนอาหาร อาบน้ำโดยไม่ติดเชื้อ กิจกรรมที่ดำเนินตามปกติมักจะไม่ติดต่อ เช่น

๑. การจับมือหรือการสัมผัสภายนอก
๒. การดื่มน้ำแก้วเดียวกัน
๓. การใช้ถ้วยชามร่วมกัน
๔. สัมผัสกับเหงื่อหรือน้ำตาที่ไม่ติดต่อ
๕. การว่ายน้ำในสระเดียวกัน
๖. การใช้โลส้วมเดียวกัน
๗. ถูกแมลงหรือยุงกัด
๘. การจูบกัน
๙. การบริจาคเลือด



HIV และ AIDS ต่างกันอย่างไร

เชื้อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) เป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายเชื้อจะแบ่งตัวอย่างมากและมีการเกิดโรคที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ไต และที่สำคัญคือจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันนี้จะทำหน้าที่สร้างภูมิเพื่อต่อต้านการติดเชื้อและมะเร็งบางชนิด ในการสร้างภูมิจะต้องอาศัยเซลล์หลายชนิดที่สำคัญได้แก่เซลล์ CD4+ lymphocytes ซึ่งเป็นเซลล์ที่เชื้อ HIV ชอบเมื่อเซลล์ CD4+lymphocytes ถูกทำลายโดยเชื้อมากจะทำให้ภูมิของร่างกายอ่อนแอ ดังนั้นปัญหาที่สำคัญของคนติดเชื้อ HIV คือปัญหาของโรคที่เกิดจากภูมิที่อ่อนแอลง เช่น โรคติดเชื้อฉวยโอกาส opportunistic infections เช่น โรคปอดบวม โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และมะเร็งบางชนิด ปัจจุบันพบเชื้อ HIV มี ๒ ชนิดคือ

- HIV-๑ เป็นชนิดที่แพร่ระบาดทั่วโลก
- HIV-๒ พบที่แถบประเทศ Africa - HIV-๑มีsub-types หลายชนิด

HIV disease คือผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อ HIV และยังไม่เกิดอาการจากเชื้อฉวยโอกาส และมีจำนวนเซลล์ CD4+ lymphocytes มากกว่า ๒๐๐ cells/mm^๓ (ปกติมากกว่า ๑๐๐ cel/mm) โดยทั่วไปไม่มีอาการเป็นเวลา ๕-๑๐ ปีแม้ว่าจะไม่มีอาการเชื้อก็แบ่งตัวและทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และเมื่อภูมิถูกทำลายมากจนกระทั่งเกิด โรคที่เกิดจากภูมิบกพร่อง Acquired Immunodeficiency Syndrome หรือโรคเอดส์คือผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อ HIV และโรคได้ลุกลามจนภูมิคุ้มกันบกพร่องและอาจจะทำให้เกิดโรคฉวยโอกาสและมะเร็ง



ขอบเขตการให้บริการการขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

สถานที่ ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี ๕๕๕ สำนักงานเทศบาลเมืองลพบุรี ถนนนารายณ์มหาราช อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี	เปิดให้บริการวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพของ องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะร้องขอการสงเคราะห์ให้ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วย ตนเองได้จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการได้



หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถ

ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ใน พื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบฟอร์มพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการ สงเคราะห์หรือไม่ โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพที่ย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่ง ระเบียบต้องไปยื่น ความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่



รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหลักฐานประกอบแบบคำขอลงทะเบียนขอรับเงินเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

๑. ใบรับรองแพทย์เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว จำนวน ๑ ชุด (ฉบับจริง)
๒. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
๓. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา จำนวน ๑ ชุด
๔. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีที่ผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) จำนวน ๑ ชุด
๕. บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ดำเนินการแทน) จำนวน ๑ ชุด
๖. สมุดเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้รับมอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคารของผู้รับมอบอำนาจ) จำนวน ๑ ชุด

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้รับมอบอำนาจ ยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐาน ระยะเวลา ๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี
๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้องขอลง ทะเบียน และเอกสารหลักฐานประกอบ ระยะเวลา ๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี
๓. ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่น คำขอลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียนหรือ ผู้รับมอบอำนาจ ระยะเวลา ๑๐ นาที	กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี

ระยะเวลา

ผู้ป่วยเอดส์สามารถมายื่นขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ได้ตลอดทั้งปีทุกวัน เว้นวันหยุดราชการ (เสาร์-อาทิตย์) และนักชัตฤกษ์ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นไม่เกิน ๓๐ นาทีต่อรายและ กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองลพบุรี

ข้อกำหนดด้านกฎหมาย

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘

