

การขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์

เทศบาลตำบลเมืองชุม



คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ

- ✓ เป็นผู้แพทย์ที่ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว
- ✓ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ
- ✓ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองชุม (ตามทะเบียนบ้าน)
- ✓ ลูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนได้



กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบ ต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่



ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน



ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนการขอรับเงิน
พร้อมเอกสารหลักฐาน
ณ งานพัฒนาชุมชน สำนักปลัด
เอกสารที่ผู้ยื่นคำขอต้องเตรียมมา

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. ทะเบียนบ้าน
3. สมุดบัญชีธนาคาร (ออมทรัพย์)
4. ใบรับรองแพทย์



เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร/
สอบถามข้อมูล/เขียนข้อมูลเพิ่มเติม
(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที/ราย)



ออกใบขึ้นทะเบียนแก่ผู้ขอขึ้นทะเบียน



เจ้าหน้าที่ออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่
ของผู้ขอรับสิทธิการสงเคราะห์ฯ
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



เสนอต่อเอกสารต่อผู้บังคับบัญชา (ผู้บริหาร)
(ใช้เวลาประมาณ 1 วัน)



เจ้าหน้าที่ลงข้อมูลในระบบฐานข้อมูลเบี้ย
ยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(ใช้เวลาประมาณ 3 นาที/ราย)



เวลารับขึ้นทะเบียน
08.30 - 12.00 น.
13.00 - 16.30 น.
ทุกวันทำการราชการ



สถานที่ขึ้นทะเบียน
สำนักปลัด เทศบาลตำบลเมืองชุม
อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย



หมายเลขโทรศัพท์
053-662883, 053768461

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลเมืองชุม

ด้วย.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ตำบลเมืองชุม อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย
รหัสไปรษณีย์ 57120 ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียด
เพิ่มเติม ดังนี้

1. ที่พักอาศัย

เป็นของตนเอง และมีลักษณะ ชำรุดทรุดโทรม ชำรุดทรุดโทรมบางส่วน มั่นคงถาวร

เป็นของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

2. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

สะดวก ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

สะดวก ลำบาก เนื่องจาก

อยู่ห่างจากหน่วยบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....สามารถเดินทางได้

สะดวก ลำบาก เนื่องจาก

3. การพักอาศัย

อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....มาประมาณ.....

พักอาศัยกับ รวมคน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้จำนวน.....คน

มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

4. รายได้ - รายจ่าย

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

นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อเลขที่.....

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องกับ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ
(.....)

แบบสอบถามประวัติเบื้องต้นของผู้ขอรับความช่วยเหลือ

ชื่อผู้ขอรับการช่วยเหลือ.....
 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี
 สัญชาติ.....ศาสนา.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....วุฒิการศึกษา.....
 อาชีพ.....เบอร์โทรศัพท์.....
 รายได้ / เดือนบาท สถานภาพการสมรส สมรส หย่า แยกกันอยู่ โสด
 ชื่อสามี / ภรรยาอายุปี จำนวนสมาชิกครัวเรือน.....คน

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ	อาชีพ / รายได้	หมายเหตุ

เอกสารที่นำมาประกอบ

- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ใบรับรองแพทย์

สภาพที่อยู่อาศัย

- บ้านตั้งอยู่ถาวร
- บ้านตั้งอยู่ชั่วคราว เช่นกระท่อม
- อื่นๆ ระบุ.....

กรรมสิทธิ์ในการครอบครอง

- เป็นของตนเอง
- อาศัยผู้อื่น
- อื่นๆ ระบุ.....

สภาพปัญหา

- ฐานะยากจน
- อาศัยอยู่กับครอบครัวที่ยากจน
- ถูกทอดทิ้ง
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- อื่นๆ ระบุ.....

ความประสงค์ในการขอรับความช่วยเหลือในครั้งนี้.....ขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์.....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการช่วยเหลือ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้สอบประวัติ
(.....)