

คู่มือสำหรับประชาชน: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

กระทรวง: กระทรวงมหาดไทย

๑. ชื่อกระบวนการ: การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ: สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม

๓. ประเภทของงานบริการ: กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว

๔. หมวดหมู่ของงานบริการ: รับแจ้ง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:

๑) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘

๖. ระดับผลกระทบ: บริการทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ: ท้องถิ่น

๘. กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา -

ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย / ข้อกำหนด ฯลฯ ๐ วัน

๙. ข้อมูลสถิติ

จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑) **สถานที่ให้บริการ** ฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

โทรศัพท์ ๐๓๗-๔๘๐๙๒๑ โทรสาร ๐๓๗-๔๘๐๙๒๑/ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดที่ทางราชการกำหนด)

ตั้งแต่เวลา ๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

หมายเหตุ (ระยะเวลาเปิดให้บริการ ๑ - ๓๐ พฤศจิกายนของทุกปี)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข(ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.

๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบฯ และมีความประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ให้ ยื่นคำขอต่อผู้บริหารท้องถิ่นที่ตนมีผู้ล้าเนาอยู่กรณีไม่สามารถเดินทางมายื่นคำขอรับการสงเคราะห์ด้วยตนเองได้ จะมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

หลักเกณฑ์

ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินสงเคราะห์ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่แพทย์ได้รับรองและทำการวินิจฉัยแล้ว

๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓. มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพหรือถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยง ตนเองได้ในการขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่าหรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน

วิธีการ

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองหรือมอบอำนาจให้ผู้อุปการะมาดำเนินการก็ได้

๒. ผู้ป่วยเอดส์รับการตรวจสภาพความเป็นอยู่คุณสมบัติว่าสมควรได้รับการสงเคราะห์หรือไม่โดยพิจารณาจากความเดือดร้อนเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนหรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓. กรณีผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพย้ายที่อยู่ถือว่าขาดคุณสมบัติตามนัยแห่งระเบียบต้องไปยื่นความประสงค์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไปเพื่อพิจารณาใหม่

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบเอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์หรือผู้รับมอบอำนาจยื่นคำขอพร้อมเอกสารหลักฐานและเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำร้อง ขอลงทะเบียนและเอกสารหลักฐานประกอบ	๔๕ นาที	องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอภินทรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี	(๑. ระยะเวลา : ๔๕ นาที) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ ฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอภินทรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี โทรศัพท์ ๐๓๗-๔๘๐๙๒๑)
๒)	การพิจารณา	ออกใบนัดหมายตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติ	๑๕ นาที	องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอภินทรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี	(๑. ระยะเวลา : ๑๕ นาที) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ ฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอภินทรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี โทรศัพท์ ๐๓๗-๔๘๐๙๒๑)
๓)	การพิจารณา	ตรวจสภาพความเป็นอยู่และคุณสมบัติของผู้ที่ประสงค์รับการสงเคราะห์	๓ วัน	องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอภินทรบุรี	(๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๓ วันนับจากได้รับคำขอ) ๒. หน่วยงาน



ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
				จังหวัดปราจีนบุรี	ผู้รับผิดชอบคือ ฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอ กบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี โทรศัพท์ ๐๓๗-๔๘๐๙๒๑)
๔)	การพิจารณา	จัดทำทะเบียนประวัติพร้อมเอกสารหลักฐานประกอบความเห็นเพื่อเสนอผู้บริหารพิจารณา	๒ วัน	องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอ กบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี	(๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๒ วันนับจากการออกตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่) ๒. หน่วยงานผู้รับผิดชอบคือ ฝ่ายสวัสดิการและพัฒนาชุมชน สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอ กบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี โทรศัพท์ ๐๓๗-๔๘๐๙๒๑)
๕)	การพิจารณา	พิจารณาอนุมัติ	๗ วัน	องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอ กบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี	(๑. ระยะเวลา : ไม่เกิน ๗ วันนับแต่วันที่ยื่นคำขอ) ๒. ผู้รับผิดชอบคือนายกองคการบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน ๓. กรณีมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการพิจารณาได้แก่



ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
					สภาพความเป็นอยู่ คุณสมบัติหรือ ข้อจำกัดด้าน งบประมาณจะแจ้ง เหตุขัดข้องที่ไม่ สามารถให้การ สงเคราะห์ให้ผู้ขอ ทราบไม่เกิน ระยะเวลาที่ กำหนด)

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๓ วัน

๑๔. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสาร ยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือ บัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงาน ของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๒)	ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อม สำเนา (กรณีผู้ ขอรับเงินเบี้ยยัง ชีพผู้ประสงค์ ขอรับเงินเบี้ยยัง ชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ชุด	-
๔)	หนังสือมอบ อำนาจ (กรณี มอบอำนาจให้	-	๑	๐	ฉบับ	-



ที่	รายการเอกสาร ยื่นยื่นตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
	ดำเนินการแทน)					
๕)	บัตรประจำตัว ประชาชนหรือ บัตรอื่นที่ออกให้ โดยหน่วยงาน ของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของ ผู้รับมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ ให้ดำเนินการ แทน)	-	๑	๑	ชุด	-
๖)	สมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารพร้อม สำเนาของผู้รับ มอบอำนาจ (กรณีที่ผู้ขอรับ เงินเบี้ยยังชีพผู้ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ประสงค์ขอรับเงิน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผ่านธนาคารของ ผู้รับมอบอำนาจ)	-	๑	๑	ชุด	-

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสาร ยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ ออกเอกสาร	จำนวนเอกสาร ฉบับจริง	จำนวนเอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

๑๖. ค่าธรรมเนียม

ค่าธรรมเนียม ๐ บาท

๑๗. ช่องทางการร้องเรียน

๑) ช่องทางการร้องเรียน องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน ๑๙๙ หมู่ ๓ ตำบลลาดตะเคียน
อำเภอโกบรินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ๒๕๑๑๐ โทรศัพท์ : ๐๓๗-๔๘๐๙๒๐-๑ หรือ เว็บไซต์
<http://www.ladtakhean.go.th>

๒) ช่องทางการร้องเรียนศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ(เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐ / สายด่วน ๑๑๑๑ / www.๑๑๑๑.go.th / ตู้ปณ.๑๑๑๑
เลขที่ ๑ ถ.พิษณุโลกเขตดุสิตกทม. ๑๐๓๐๐)

๑๘. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ตัวอย่าง และคู่มือการกรอก

๑. แบบบันทึกข้อมูลผู้ขอรับบริการสังคม

แบบบันทึกข้อมูลผู้ขอรับบริการทางสังคม

ลำดับที่

วันที่รับเรื่อง/...../.....

1 ประเภทผู้ขอรับบริการ / ได้รับความเดือดร้อน (เลือกเพียง 1 รายการเท่านั้น)

- 01 เด็ก 02 คนพิการ 03 ผู้สูงอายุ 04 ผู้มีรายได้น้อย 05 คนไร้ที่พึ่ง (เร่ร่อน ขอดทาน)
 06 สตรี 07 HIV/เอดส์ 08 ผู้ขอรับอุปการะเด็ก 09 ผู้ประสบภัยธรรมชาติ/อุบัติเหตุ/อุบัติเหตุ 99 อื่น ๆ (ระบุ)

2 ข้อมูลผู้ขอรับบริการ / ได้รับความเดือดร้อน

คำนำหน้าชื่อ..... ชื่อ - สกุล..... เพศ.....

วันเดือนปีเกิด...../...../..... อายุ..... ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

เลขประจำตัวประชาชน - กรณีไม่มี เนื่องจาก

รหัสประจำบ้าน

สถานภาพสมรส โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง

ไม่สมรสแต่อยู่ด้วยกัน หม้ายคู่สมรสเสียชีวิต อื่น ๆ (ระบุ)

ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษาดอนดิน ประถมศึกษาดอนปลาย

มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย อื่น ๆ (ระบุ)

อาชีพ..... รายได้..... บาทปี

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง บ้านญาติ บ้านเช่า บ้านพักของผู้จ้าง

อื่น ๆ (ระบุ)

เลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

3 ผู้ร้องขอแทนผู้ขอรับบริการ เป็นบุคคลคนเดียวกับ ข้อ 2.

คำนำหน้าชื่อ..... ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการในข้อ 2. / เกี่ยวข้องเป็น.....

4 ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	คำนำหน้าชื่อ-ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน	เพศ	ว.ค.ป. เกิด	เกี่ยวข้องกับ ผู้ขอรับบริการ	ศาสนา	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาทปี)	สุขภาพ
	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว..... บาทปี ใช้จ่ายเฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว..... บาทปี

ภาระหนี้สิน ไม่มี มี ในระบบ จำนวน.....บาท นอก ระบบ จำนวน.....บาท



ความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

<input type="checkbox"/> 00 01 เป็นโรคอันตรายร้ายแรง	<input type="checkbox"/> 00 02 เจ็บป่วยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> 00 03 ตัดยาเสพติด
<input type="checkbox"/> 00 04 ได้รับความกระทบจากโรคเอดส์	<input type="checkbox"/> 00 05 ผู้ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์	<input type="checkbox"/> 00 06 ตกเป็นเครื่องมือแสวงหาผลประโยชน์
<input type="checkbox"/> 00 07 ครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> 00 08 ถูกหลอกลวง	<input type="checkbox"/> 00 09 ไม่ได้ความเป็นธรรม
<input type="checkbox"/> 00 10 ครอบครัวยากจน/ผู้ประสบปัญหา (อาทิ เด็ก คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดยาเสพติด)		
<input type="checkbox"/> 00 11 ถูกทารุณกรรม	<input type="checkbox"/> 00 12 ถูกบังคับค้าประเวณี	<input type="checkbox"/> 00 13 ถูกบังคับข่มขืนทางจิตใจ
<input type="checkbox"/> 00 14 ถูกข่มขืน/ล่วงละเมิดทางเพศ	<input type="checkbox"/> 00 15 ถูกทอดทิ้ง	<input type="checkbox"/> 00 16 พลัดหลง
<input type="checkbox"/> 00 17 ชาวผู้อุปการะ / ผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> 00 18 ชาวเงินจัดการศพผู้สูงอายุ	
<input type="checkbox"/> 01 01 เด็กกำพร้า	<input type="checkbox"/> 01 02 เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมจากครอบครัว	
<input type="checkbox"/> 01 03 เด็กในครอบครัวยากจน	<input type="checkbox"/> 01 04 เด็กที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องโทษจำคุก	
<input type="checkbox"/> 02 01 พิกัดทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> 02 02 พิกัดทางสายตา	<input type="checkbox"/> 02 03 พิกัดทางการพูด / การฟัง
<input type="checkbox"/> 02 04 พิกัดทางสติปัญญา/การเรียนรู้	<input type="checkbox"/> 02 05 พิกัดทางจิตใจ/พฤติกรรม	<input type="checkbox"/> 02 06 พิกัดซ้ำซ้อน
<input type="checkbox"/> 02 07 พิกัดอื่นๆ (ระบุ)		
<input type="checkbox"/> 03 01 หลงลืม ขวัญภาพมาก		
<input type="checkbox"/> 04 01 ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 04 02 ไม่มีเงินทุนหรืออุปกรณ์การศึกษาของบุตร	<input type="checkbox"/> 04 03 รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ
<input type="checkbox"/> 04 04 ไม่มีที่อยู่อาศัย / ที่ทำกิน	<input type="checkbox"/> 04 05 ไม่มีงานทำ/ไม่มีอาชีพ	<input type="checkbox"/> 04 06 มีหนี้สิน
<input type="checkbox"/> 04 07 มีบุตรมาก		
<input type="checkbox"/> 05 01 เส่ร่อน	<input type="checkbox"/> 05 02 ขอลทาน	
<input type="checkbox"/> 06 01 ตั้งครมภ์นอกสมรส	<input type="checkbox"/> 06 02 สตรีที่เป็นหัวหน้าครอบครัวยากจน	
<input type="checkbox"/> 07 01 ติดเชื้อเอดส์หรือป่วยด้วยเอดส์		
<input type="checkbox"/> 08 01 ขอบุตรบุญธรรม/ครอบครัวอุปถัมภ์		
<input type="checkbox"/> 09 01 ประสบภัยธรรมชาติ / อุบัติภัย / อุบัติเหตุ		
<input type="checkbox"/> 99-99 ข้อมูลปัญหาความเดือดร้อนเพิ่มเติม (ระบุ)		

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ไม่เคย เคย จาก (ระบุหน่วยงานและเรื่องที่เคยได้รับความช่วยเหลือ โดยย่อ)

ความช่วยเหลือที่ผู้ขอรับบริการต้องการ (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 เงินสงเคราะห์ครอบครัว | <input type="checkbox"/> 02 เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ | <input type="checkbox"/> 03 เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ |
| <input type="checkbox"/> 04 เงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> 05 เครื่องช่วยความพิการ (ระบุ) | |
| <input type="checkbox"/> 06 ส่งไปทำกายภาพบำบัด | <input type="checkbox"/> 07 ส่งเข้ารับการรักษา / บำบัด | <input type="checkbox"/> 08 ติดตามหาญาติ |
| <input type="checkbox"/> 09 ส่งกลับภูมิลำเนา | <input type="checkbox"/> 10 รับเข้าสถานสงเคราะห์ / สถานคุ้มครอง | |
| <input type="checkbox"/> 11 ขอบุตรบุญธรรม / ครอบครัวอุปถัมภ์ | <input type="checkbox"/> 12 เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา | |
| <input type="checkbox"/> 13 เงินทุนประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> 14 ส่งเข้าฝึกอาชีพ | <input type="checkbox"/> 15 จัดหาอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> 16 เครื่องอุปโภคและบริโภค | <input type="checkbox"/> 17 ที่อยู่อาศัย / ที่ทำกิน | |
| <input type="checkbox"/> 18 ช่วยเหลือด้านกฎหมาย / คุ้มครองสิทธิ์ | <input type="checkbox"/> 19 ให้ความปรึกษา / แนะนำ | |
| <input type="checkbox"/> 21 เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน | | |
| <input type="checkbox"/> 99 อื่น ๆ (ระบุ) | | |

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับบริการ / ผู้ร้องขอแทน

วันที่ .. เดือน .. พ.ศ.

ตำแหน่ง/ชื่อ - สกุล ผู้สัมภาษณ์ / สอบข้อเท็จจริง

ตำแหน่ง

(ลงชื่อ) ผู้สัมภาษณ์ / สอบข้อเท็จจริง

วันที่ .. เดือน .. พ.ศ.



ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

การดำเนินการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

- 01 เงินสงเคราะห์ครอบครัว 02 เงินสงเคราะห์เบียดบัง 03 เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 04 เงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล 05 เครื่องช่วยความพิการ (ระบุ)
- 06 ส่งไปทำกายภาพบำบัด 07 ส่งเข้ารับการรักษา / บำบัด 08 ติดตามหาญาติ 09 ส่งกลับภูมิลำเนา
- 10 รับเข้าสถานสงเคราะห์ / สถานคุ้มครอง 11 ขอบุตรบุญธรรม / ครอบครัวอุปถัมภ์ 12 เงินทุนและอุปกรณ์การศึกษา
- 13 เงินทุนประกอบอาชีพ 14 ส่งเข้าฝึกอาชีพ 15 จัดหาอาชีพ 16 เครื่องอุปโภคและบริโภค
- 17 ที่อยู่อาศัย / ที่ทำกิน 18 ช่วยเหลือด้านกฎหมาย / คุ้มครองสิทธิ์ 19 ให้คำปรึกษา / แนะนำ
- 21 เงินสงเคราะห์จัดการศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน
- 20 ประสานงานส่งต่อ (ระบุ)
-
- 99 อื่น ๆ (ระบุ)
- กรณีเป็นเงิน ระบุจำนวน บาท
- 98 ระบุการช่วยเหลือ เนื่องจาก
-

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ให้แนบหลักฐาน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้าน หรือบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ขอรับการช่วยเหลือ



๑๙. หมายเหตุ

-

วันที่พิมพ์	๒๒/๐๗/๒๕๕๘
สถานะ	รออนุมัติขั้นที่ ๑ โดยหัวหน้า หน่วยงาน (Reviewer)
จัดทำโดย	องค์การบริหารส่วนตำบลลาดตะเคียน อำเภอภินทรบุรี จังหวัดปราจีนบุรี สถ.มท.
อนุมัติโดย	-
เผยแพร่โดย	-