

คู่มือสำหรับประชาชน

เรื่อง การยื่นคำขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือสิ่งของ

จากกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า

คู่มือสำหรับประชาชน: การยื่นคำขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือสิ่งของจากกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากฟ้า (ฝ่ายเลขานุการ) ของกองทุนฯ

กระทรวง: กระทรวงสาธารณสุข

- ชื่อกระบวนการ:** การยื่นคำขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือสิ่งของจากกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า
- หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ:** คณะกรรมการกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า
หน่วยปฏิบัติ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากฟ้า (ฝ่ายเลขานุการ) ของกองทุนฯ
- ประเภทของงานบริการ:** กระบวนการบริการที่เบ็ดเสร็จในหน่วยเดียว
- หมวดหมู่ของงานบริการ:** ยื่นคำขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือสิ่งของ
- กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง:**
ให้ปฏิบัติตามแนวทางและเงื่อนไข ที่คณะกรรมการกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้ากำหนดไว้
- ระดับผลกระทบ:** บริการทั่วไป
- พื้นที่ให้บริการ:** อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์
- กฎหมายข้อบังคับ/ข้อตกลงที่กำหนดระยะเวลา:**
ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย/ข้อกำหนดฯลฯ: ยื่นได้ทุกวันและเวลาราชการ
(วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น. หยุดวันเสาร์-วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ที่ ครม.ประกาศ)
- ข้อมูลสถิติ**
 - จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน 0
 - จำนวนคำขอที่มากที่สุด 0
 - จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด 0
- ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน** [สำเนาคู่มือประชาชน] การยื่นคำขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือสิ่งของจากกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า 02/10/2560 15:52
- ช่องทางการให้บริการ**
 - 11.1 สถานที่ให้บริการ**
 - 11.1.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากฟ้า** ติดต่อด้วยตนเอง หรือให้ญาติมาติดต่อ ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ: ทุกวันและเวลาราชการ (วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น.
หยุดวันเสาร์-วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ที่ ครม.ประกาศ) (มีพักเที่ยง)
 - 11.1.2 โรงพยาบาลตากฟ้า** (กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรวม) ติดต่อด้วยตนเอง หรือให้ญาติ
มาติดต่อ ณ หน่วยงาน
ระยะเวลาเปิดให้บริการ: ทุกวันและเวลาราชการ (วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น.
หยุดวันเสาร์-วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ที่ ครม.ประกาศ) (มีพักเที่ยง)

11.1.3 สำนักงานเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง ติดต่อด้วยตนเอง หรือให้ญาติ มาติดต่อ ณ หน่วยงาน

ระยะเวลาเปิดให้บริการ: ทุกวันและเวลาราชการ (วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น.

หยุดวันเสาร์-วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ที่ ครม.ประกาศ) (มีพักเที่ยง)

11.1.4 ที่ทำการกำนันและผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน ติดต่อด้วยตนเอง หรือให้ญาติมาติดต่อ ณ ที่ทำการ

ระยะเวลาเปิดให้บริการ: (ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ) ตั้งแต่เวลา 08:30-16:30 น.

12. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือสิ่งของ และการพิจารณาอนุมัติ

คณะกรรมการกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า กำหนดแนวทาง เงื่อนไข และ ขั้นตอน กำหนดให้ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้ฯ ยื่นคำขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือสิ่งของ จากกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า ด้วยตนเองหรือให้ญาติ ติดต่อ ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากฟ้า, โรงพยาบาลตากฟ้า, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา และที่ทำการกำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน ในเขต อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์

หลักเกณฑ์

1. เป็นบุคคลที่อาศัยหรือมีภูมิลำเนา อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์
2. เป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ตรงกับคำจำกัดความที่คณะกรรมการกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและ ผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า ที่กำหนดไว้

วิธีการ

1. ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือสิ่งของ จากกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า ให้ยื่นคำขอตามแบบฟอร์มพร้อมเอกสารหลักฐานต่อหน่วยงาน ตามข้อ 11.1.1 – 11.1.4
2. เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารการยื่นขอรับการช่วยเหลือฯ แล้ว จะรวบรวมเอกสารให้คณะกรรมการกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า พร้อมด้วยทีมหมอครอบครัว ออกประเมินและตรวจสอบสถานภาพของผู้ที่ประสงค์จะขอรับการช่วยเหลือฯ
3. หากคณะกรรมการกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า พร้อมด้วยทีมหมอครอบครัว ประเมินสถานภาพของผู้ที่ประสงค์จะขอรับการช่วยเหลือฯ แล้วเห็นว่าสมควรช่วยเหลือ จะเสนอข้อมูลให้ประธานคณะกรรมการกองทุนฯ ทราบ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้ในทันที หาก รายใด มีความจำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือมากกว่าหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการฯ กำหนด ให้เสนอข้อมูลให้คณะกรรมการกองทุนฯ พิจารณาเพื่อให้การช่วยเหลืออีกครั้งหนึ่ง

13. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
1.	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือ สิ่งของ จากกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและ ผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า ให้ยื่นคำขอตาม แบบฟอร์มพร้อมเอกสารหลักฐานต่อหน่วยงาน ตามข้อ 11.1.1 – 11.1.4 ตามวัน เวลา ที่ กำหนดไว้และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารและ หลักฐานประกอบ	5 นาที	1) สสอ.ตากฟ้า 2) รพ.ตากฟ้า 3) เทศบาลและ อบต.ทุกแห่ง 4) กำนันและ ผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน	1. ระยะเวลา: 5 นาที 2. หน่วยงาน/ ผู้รับผิดชอบ คือ 2.1 สสอ.ตากฟ้า 2.2 รพ.ตากฟ้า 2.3 เทศบาลและ อบต.ทุกแห่ง 2.4 กำนันและ ผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน
2.	การพิจารณา	1. คณะกรรมการกองทุนช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า พร้อม ด้วยทีมหมอครอบครัว ออกประเมินและ ตรวจสอบสถานภาพของผู้ที่ประสงค์จะขอรับ การช่วยเหลือฯ 2. หากคณะกรรมการกองทุนช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า พร้อม ด้วยทีมหมอครอบครัว ประเมินสถานภาพของ ผู้ประสงค์จะขอรับการช่วยเหลือฯ แล้วเห็นว่า สมควรช่วยเหลือ จะเสนอข้อมูลให้ประธาน คณะกรรมการกองทุนฯ ทราบ และให้การ ช่วยเหลือเบื้องต้น ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หากรายใด มีความจำเป็นต้องได้รับการ ช่วยเหลือมากกว่าหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการฯ กำหนด ให้เสนอข้อมูลให้คณะกรรมการ กองทุนฯ พิจารณาเพื่อให้การช่วยเหลืออีกครั้ง	7 วัน	1) คณะกรรมการ กองทุนช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสและ ผู้ยากไร้อำเภอ ตากฟ้า 2) ทีมหมอ ครอบครัวอำเภอ ตากฟ้า	1. ระยะเวลา: 5 นาที 2. หน่วยงาน/ ผู้รับผิดชอบ คือ 1) คณะกรรมการ กองทุนช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสและ ผู้ยากไร้อำเภอ ตากฟ้า 2) ทีมหมอ ครอบครัวอำเภอ ตากฟ้า

ระยะเวลาดำเนินการ รวม 7 วัน 8 นาที

14. งานบริการนี้ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว
ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

15. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

15.1) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
1.	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตร อื่นที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มี รูปถ่าย		-	1	ชุด	
2.	สำเนาทะเบียนบ้าน		-	1	ชุด	
3.	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่น ที่ออกให้โดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย พร้อมสำเนาของญาติ (กรณีญาติ ดำเนินการแทน)		1	1	ชุด	
4.	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร พร้อมสำเนา ของญาติ (กรณีผู้ขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือ สิ่งของ ผ่านธนาคารของญาติ)		1	1	ชุด	

15.2) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงาน ภาครัฐผู้ออก เอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วยนับ เอกสาร	หมายเหตุ
ไม่พบเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

16. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีข้อมูลค่าธรรมเนียม

17. ช่องทางการร้องเรียน

1) ช่องทางการร้องเรียน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากฟ้า เลขที่ 59 หมู่ที่ 1 ตำบลตากฟ้า อำเภอ
ตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ 60190 โทร 056-241369 หรือ www.tfh.go.th/ssotf

18. ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบฟอร์มขอรับการช่วยเหลือจากกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า

เรียน ประธานกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล)ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์.....มีความประสงค์จะขอรับการช่วยเหลือจากกองทุนฯ ให้กับ

(ชื่อ-สกุล).....อายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ซึ่งบุคคลดังกล่าวและครอบครัวมีปัญหาประสบความยากลำบากดังนี้ (สรุปปัญหาที่สำคัญ)

.....
.....
.....
.....
.....

ต้องการได้รับสิ่งสนับสนุน หรือความช่วยเหลือดังนี้ (ระบุรายการเป็นหัวข้อ)

1.....

2.....

3.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

วันที่.....

แผนที่บ้านผู้ขอรับการช่วยเหลือ

Blank area for the plan.

.....
.....
.....
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจเยี่ยม
(.....)
วันที่.....

.....
.....
.....
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจเยี่ยม
(.....)
วันที่.....

19. หมายเหตุ

วันที่พิมพ์	16/07/2558
สถานะ	เผยแพร่คู่มือบนเว็บไซต์แล้ว
จัดทำโดย	คณะกรรมการกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้อำเภอตากฟ้า
อนุมัติโดย	นายสกล คลังพลอย
เผยแพร่โดย	นายธนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์

แผนผังแสดงขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการ
(การยื่นคำขอรับเงิน อุปกรณ์ หรือสิ่งของ และการออกประเมินให้ความช่วยเหลือ)
จากกองทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้ อำเภอตากฟ้า

