

หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2560

ผู้ป่วยที่ยากไร้

คุณสมบัติ

1. มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาในเขต อบจ.ที่ขอรับการสงเคราะห์
3. ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ.

การขอรับการช่วยเหลือ

ขอรับการช่วยเหลือจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
เป็นลำดับแรก แต่ได้รับไม่เพียงพอ หรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ

ยื่นคำร้องที่ อบจ.ไม่เกินทุกวันที่ 10 ของเดือน

การยื่นคำขอ

ให้ยื่นต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยตรง
หรือยื่นผ่านเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ผู้ยื่นคำขอมียุติภูมิลำเนา

คณะกรรมการประชุมพิจารณาคำร้องเดือนละ 1 ครั้ง

การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการ ประกอบด้วย

- | | |
|--|---------------------|
| - ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด | เป็นประธาน |
| - ผู้อำนวยการกองคลัง องค์การบริหารส่วนจังหวัด | กรรมการ |
| - ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด | กรรมการ |
| - ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | กรรมการ |
| - ผู้อำนวยการกองส่งเสริมคุณภาพชีวิต องค์การบริหารส่วนจังหวัด | กรรมการและเลขานุการ |

ดำเนินการเบิกจ่ายไม่เกิน 7 วันทำการ

หลังจากคณะกรรมการประชุมพิจารณาอนุมัติ

อัตราค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์

ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ตามที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ
2,000.-บาท/คน และไม่เกิน 3 ครั้งต่อคนต่อปีงบประมาณ (กรณีมีความจำเป็นเกินกว่า 3 ครั้ง
ให้ขอความเห็นชอบจาก ผวจ.เป็นรายกรณี)

คณะกรรมการมีมติให้ใช้หลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายค่าพาหนะในการเดินทางไปโรงพยาบาลสำหรับผู้ยื่นคำร้องแต่ละรายตามอัตราดังนี้

คำนวณตามระยะทางระหว่างบ้านพักอาศัย ถึงสถานพยาบาล ไป - กลับ คูณด้วยกิโลเมตร ละ ๔ เมตร บวกค่าชดเชยในการเดินทาง ๕๐๐.-บาท เช่นระยะทางจากบ้านผู้ยื่นคำร้อง ถึง โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา มีระยะทางไป - กลับ ๑๐๐ กิโลเมตร (๑๐๐ กม. X ๔ บาท) + ๕๐๐ บาท = ๙๐๐.-บาท โดยฝ่ายเลขานุการคำนวณระยะทางจาก Good Map พร้อมแนบเอกสารประกอบการพิจารณาทุกราย

**กำหนดให้ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท ต่อคน และไม่เกิน ๓ ครั้งต่อคน ต่อปีงบประมาณ

หลักฐานประกอบการยื่นคำร้อง เพื่อขอรับเงินค่าพาหนะในการเดินทางไปโรงพยาบาล

กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่ยื่นคำร้องขอรับเงินค่าพาหนะในการไปโรงพยาบาล ครั้งที่ ๑ / ปีงบประมาณ

๑. ให้ใช้แบบฟอร์ม “แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคมเพื่อขอรับบริการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ” (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. ใบรับรองแพทย์ หรือ ใบนัดแพทย์ (กรณีแพทย์นัด)
๕. รูปถ่าย (แนบรูปถ่ายสภาพความเป็นอยู่ และที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย)
 - ๕.๑ รูปถ่ายบ้านพักอาศัยของผู้ป่วย : ควรถ่ายรูปให้เห็นบ้านเต็มหลัง เพื่อให้แสดงถึงสภาพความเป็นอยู่ ไม่ควรถ่ายเฉพาะจุดที่ชำรุดบกพร่องของบ้าน และต้องเป็นบ้านที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่จริง อย่างน้อย ๒ รูป
 - ๕.๒ รูปถ่ายของผู้ป่วย : ควรถ่ายภาพปัจจุบัน ทั้งแบบเต็มตัว และครึ่งตัว ให้ชัดเจน อย่างน้อย ๒ รูป

กรณีที่เป็นผู้ป่วยที่ยื่นคำร้องขอรับเงินค่าพาหนะในการไปโรงพยาบาล ครั้งที่ ๒ และ ๓ / ปีงบประมาณ

๑. ให้ใช้แบบฟอร์ม “แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ” (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๔)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน
๔. ใบรับรองแพทย์ หรือใบนัดแพทย์ (กรณีแพทย์นัด)

ระยะเวลาในการยื่นคำร้อง

เทศบาล / องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถนำส่งคำร้องเพื่อขอรับค่าพาหนะในการเดินทางไปโรงพยาบาล ตามโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ ในปีงบประมาณ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงวันที่ ๑๕ สิงหาคมของทุกปี

ช่องทางการติดต่อสื่อสาร

๑. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓-๖๘๔-๕๓๖๑
๒. ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม ได้ที่ Face book : กองสวัสดิการสังคม อบจ.ชัยภูมิ

.....

แบบบันทึกข้อมูลขอรับบริการทางสังคม เพื่อขอรับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้
องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ลำดับที่.....

วันที่รับเรื่อง...../...../.....

๑. ประเภทผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน (เลือกเพียง ๑ รายการเท่านั้น)

- ☐ เด็ก ☐ คนพิการ ☐ ผู้สูงอายุ ☐ ผู้มีรายได้น้อย ☐ สตรี ☐ ผู้ป่วยเอดส์
- ☐ ผู้มีรายได้น้อย ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๒. ข้อมูลผู้ขอรับบริการ/ได้รับความเดือดร้อน

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

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

เลขประจำตัวประชาชน กรณีไม่มี เนื่องจาก.....

รหัสประจำบ้าน

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง

☐ อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส ☐ หม้าย คู่สมรสเสียชีวิต ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ กำลังศึกษาอยู่ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพ.....รายได้.....บาทต่อปี/เดือน/วัน

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ บ้านตนเอง ☐ บ้านเช่า ☐ บ้านญาติ ☐ บ้านพักของผู้จ้าง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

๓. ผู้ร้องขอแทนผู้ขอรับบริการ ☐ เป็นบุคคลคนเดียวกัน ข้อ ๒

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

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

ความสัมพันธ์กับผู้ขอรับบริการในข้อ ๒ เกี่ยวข้องเป็น.....

๔. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

ที่	ชื่อ - สกุล	เพศ	ว/ด/ป.เกิด	เกี่ยวข้องเป็น	การศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท)	สุขภาพ
	เลขประจำตัวประชาชน							
	ชื่อ							
	ชื่อ							
	ชื่อ							
	ชื่อ							
	ชื่อ							

รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี รายจ่ายเฉลี่ยสมาชิกในครอบครัว.....บาท/ปี

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

๕. สภาพความเดือดร้อนของผู้ขอรับบริการ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ เป็นโรคอันตรายร้ายแรง ☐ เจ็บป่วยเรื้อรัง ☐ ครอบครัวแตกแยก ☐ มีภรรยา/ลูก/คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง
- ☐ ถูกทอดทิ้ง ☐ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล.....
- ☐ เด็กกำพร้า/ถูกทอดทิ้ง ☐ บุคคลพิการ ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย ☐ ไม่มีทุนประกอบอาชีพ ☐ ไม่มีงานทำ/ว่างงาน
- ☐ มีหนี้สิน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ☐ ไม่เคย ☐ เคย จากหน่วยงาน.....

เรื่อง.....

๖. ความต้องการให้ช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัว ☐ เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื้อมเอดส์ ☐ เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
☐ ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด ☐ เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา ☐ เงินทุนประกอบอาชีพ ☐ ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
☐ ค่าปรึกษา/แนะนำ ☐ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๗. ความช่วยเหลือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด/องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบล

- ☐ เงินสงเคราะห์ครอบครัว ☐ เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ติดเชื้อมเอดส์ ☐ เครื่องช่วยความพิการระบุ.....
☐ ส่งเข้ารับการรักษา/ทำกายภาพบำบัด ☐ เงินทุน/อุปกรณ์การศึกษา ☐ เงินทุนประกอบอาชีพ ☐ ที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน
☐ ค่าปรึกษา/แนะนำ ☐ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

๘. กรณีขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล.....

- เพื่อรับการรักษาโรค ☐ ฟกช้ำ/ฟกเลือด ☐ มะเร็ง..... ☐ เบาหวาน
☐ โรคผิวหนัง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ความถี่ในการไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด ☐ สัปดาห์ละ.....ครั้ง ☐ เดือนละ.....ครั้ง ☐ ทุก ๆเดือน
☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล ☐ ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
☐ ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท
☐ ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
☐ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล จำนวนเงิน.....บาท
☐ อื่น ๆ ระบุ.....จำนวนเงิน.....บาท
 รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน
 (.....)

๙. ความเห็นของกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ.....กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

๑๐. ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือ เนื่องจากผู้ยื่นคำขอเป็นผู้ได้รับความเดือดร้อนจริง
☐ อื่น ๆ

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

๑๑. ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
- ☐ ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา
(.....)
ตำแหน่ง.....

๑๒. มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ครั้งที่...../.....
เมื่อวันที่.....

- ☐ อนุมัติ
- | | |
|--|-------------------|
| ☐ ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล | จำนวนเงิน.....บาท |
| ☐ ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง | จำนวนเงิน.....บาท |
| ☐ ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล | จำนวนเงิน.....บาท |
| ☐ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง กรณีใช้รถส่วนบุคคล | จำนวนเงิน.....บาท |
| ☐ อื่น ๆ ระบุ..... | จำนวนเงิน.....บาท |
| รวมเป็นเงิน.....บาท | |
- ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ
(.....)
ตำแหน่ง.....

แบบบันทึกข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ป่วยที่ยากไร้

๑. ข้อมูลรายได้ในครอบครัว (ให้อธิบายว่า สมาชิกในครอบครัวมีรายได้กี่คน/ที่มาของรายได้/จำนวนเงินรายได้ต่อเดือน)

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

๒. สภาพปัญหาความเดือดร้อน (อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องยื่นคำร้องขอค่าพาหนะในการเดินทางไปเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ)

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

๓. โรคและอาการเจ็บป่วย (ให้อธิบายรายละเอียดของโรคและอาการเจ็บป่วยโดยละเอียด เช่น ป่วยเป็นโรคอะไร/ระยะของโรคที่ป่วย/เข้ารับการรักษาในชั้นไหน/ได้รับการรักษาอย่างไร/แพทย์นัดครั้งต่อไปเพื่อทำอะไร)

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

๔. การเดินทางไปพบแพทย์ (ให้ระบุยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปพบแพทย์ เช่น รถยนต์/รถจักรยานยนต์ส่วนตัว/รถโดยสารประจำทาง/รถรับจ้าง/หรือ อื่นๆ)

.....
.....

๕. ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้ร้องแทน

๖. ผู้บันทึกข้อมูล

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ อบต./เทศบาล

-ตัวอย่าง-

แบบบันทึกข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ป่วยที่ยากไร้

๑. ข้อมูลรายได้ในครอบครัว (ให้อธิบายว่า สมาชิกในครอบครัวมีรายได้กี่คน/ที่มาของรายได้/จำนวนเงินรายได้ต่อเดือน)

ในครอบครัวมีสมาชิกทั้งหมด ๔ คน สามารถประกอบอาชีพหรือรับจ้างได้ ๒ คน อีก ๒ คนสุขภาพไม่แข็งแรงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มีที่มาของรายได้ในครอบครัว ดังนี้

- ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เดือนละ ๖๐๐.-บาท ภรรยาเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีรายได้จากเบี้ยยังชีพคนพิการ เดือนละ ๘๐๐.-บาท บุตรชายและบุตรสาวมีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ไม่แน่นอน โดยมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ ๒,๐๐๐.-บาท/คน รวมรายได้/เดือนประมาณ ๕,๔๐๐.-บาท

๒. สภาพปัญหาความเดือดร้อน (อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องยื่นคำร้องขอค่าพาหนะในการเดินทางไปเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ)

- ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเส้นหัวใจรั่ว สุขภาพไม่แข็งแรงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ภรรยาเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวเนื่องจากประสบอุบัติเหตุ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มีบุตรชาย ๒ คน บุตรทั้ง ๒ คนมีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ไม่แน่นอน ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ในการเดินทางไปหาหมอแต่ละครั้งต้องนั่งรถโดยสารประจำทางหรือจ้างเหมารถ โดยบุตรชายจะผลัดกันพาพ่อไปหาหมอตามนัด

๓. โรคและอาการเจ็บป่วย (ให้อธิบายรายละเอียดของโรคและอาการเจ็บป่วยโดยละเอียด เช่น ป่วยเป็นโรคอะไร/ระยะของโรคที่ป่วย/เข้ารับการรักษาในชั้นไหน/ได้รับการรักษาอย่างไร/แพทย์นัดครั้งต่อไปเพื่อทำอะไร)

- ผู้ป่วยเป็นโรคเส้นหัวใจรั่ว เข้ารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแล้ว หมอนัดเพื่อตรวจติดตามอาการและรับยาทุกๆ ๖ เดือน

๔. การเดินทางไปพบแพทย์ (ให้ระบุยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปพบแพทย์ เช่น รถยนต์/รถจักรยานยนต์ส่วนตัว/รถโดยสารประจำทาง/รถรับจ้าง/หรืออื่นๆ)

- ผู้ป่วยไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ในการเดินทางไปหาหมอแต่ละครั้งต้องจ้างเหมารถยนต์ของเพื่อนบ้าน โดยต้องจ่ายค่าจ้างเหมารถครั้งละ ๑,๕๐๐ บาท

๕. ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้ร้องแทน

๖. ผู้บันทึกข้อมูล

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เจ้าหน้าที่ อบต./เทศบาล

แบบรายงานติดตามการให้ความช่วยเหลือ

(กรณีขอรับครั้งที่ ๒ และ ครั้งที่ ๓)

โครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ

ครอบครัวของ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดชัยภูมิ
ผลการช่วยเหลือครั้งที่.....ได้รับเงินเมื่อวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท
ได้ใช้จ่ายเป็นค่าเดินทางไปโรงพยาบาล.....เพื่อรับการตรวจ/รักษา/บำบัดโรค.....
ผลการวินิจฉัยของแพทย์ ☐ สิ้นสุดการนัดตรวจอาการ ☐ นัดตรวจครั้งต่อไปวันที่.....
ขอให้แจ้งการติดตามเยี่ยมบ้านหลังการช่วยเหลือครั้งที่.....
สภาพปัญหาความเดือดร้อนปัจจุบัน.....
.....

ความต้องการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

- ☐ ค่าเหมารถจากบ้าน - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
☐ ค่ารถรับจ้างจากบ้าน - สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท
☐ ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง - โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
รวมเป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับบริการ/ผู้ร้องแทน
(.....)

ความเห็นของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
☐ ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....

ความเห็นของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- ☐ เห็นควรช่วยเหลือเบื้องต้น
☐ ส่งต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง/วิเคราะห์ปัญหา
(.....)
ตำแหน่ง.....

มติของคณะกรรมการดำเนินงานตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ของ
องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....

☐ อนุมัติ

☐ ค่าเหมารถจากบ้าน – โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท

☐ ค่ารถรับจ้างจากบ้าน – สถานีขนส่ง จำนวนเงิน.....บาท

☐ ค่าโดยสารรถยนต์ประจำทาง จากสถานีขนส่ง – โรงพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท

รวมเป็นเงิน.....บาท

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตัวอย่าง



ขอรับรองว่าเป็นรูปถ่ายบ้านพักอาศัย ของ นาย/ นาง / นางสาว.....
เลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัดชัยภูมิ
ได้อาศัยอยู่จริง

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำร้อง/ผู้ร้องแทน
(.....)

(ลงชื่อ)..... กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน
(.....)
ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ)..... ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ผู้สอบข้อเท็จจริง หมายถึง นักพัฒนาชุมชน หรือ ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม/
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข หรือ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล / ปลัดเทศบาลตำบล

ด้านหน้า



ด้านข้าง



ด้านข้าง



ภายในบ้าน



ภายในบ้าน



ห้องน้ำ

