



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู

เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๑๓ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขภัยฉุกเฉิน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการตามข้อ ๙ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ เรื่อง หลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง ภายใต้กฎหมายระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยการจัดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ซึ่งผู้ป่วยที่จะได้รับความช่วยเหลือจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นั้น

เพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ จึงประกาศรับลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ตามแบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน (แนบท้ายประกาศฯ) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. การช่วยเหลือ เป็นการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลของรัฐ

๒. คุณสมบัติผู้มีสิทธิลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ

๑.๑ มีสัญชาติไทย

๑.๒ เป็นผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู

๑.๓ ผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ

(๑) ผู้ป่วยติดเตียง

(๒) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

(๓) ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล

(๔) ผู้ป่วยยากไร้

(๕) ผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง

(๖) ผู้ป่วยมีความพิการ

(๗) กรณีอื่นๆ นอกเหนือจาก (๑) - (๖) ให้อยู่ในการพิจารณาของ

คณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู

๓. ขั้นตอนการยื่นขอรับความช่วยเหลือ

ประชาชนที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๒ สามารถยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเองหรือผู้แทน ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ในวันและเวลาดังกล่าว

๔. เอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียน

๑. ใบนัดจากสถานพยาบาล
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
๓. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
๔. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (กรณีผู้พิการ)
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย
๖. หนังสือรับรองการอยู่อาศัย
๗. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานของผู้รับรองการอยู่อาศัย

๕. ขั้นตอนการดำเนินการให้ความช่วยเหลือ

๕.๑ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู ประกาศให้ประชาชนยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือ ณ สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู

๕.๒ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของผู้ยื่นลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ


๕.๓ นำรายชื่อประชาชนผู้ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือที่ผ่านการตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น เสนอต่อคณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพูพิจารณา

๕.๔ คณะกรรมการช่วยเหลือประชาชนขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู พิจารณาช่วยเหลือประชาชนตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด หรือตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งนี้ให้ตรวจสอบข้อมูลผู้ลงทะเบียนฯ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้

๕.๕ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู ปิดประกาศรายชื่อประชาชนผู้ที่ได้รับการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ประกาศ ณ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู ให้ประชาชนทราบต่อไป

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายอนุวัฒน์ สมัญญา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพู

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
องค์การบริหารส่วนตำบลดอนขมพู่ อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

คำขอเลขที่...../.....
(เจ้าหน้าที่กรอก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่ขอรับความช่วยเหลือ

1. ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

2. เลขประจำตัวประชาชน ----

3. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....

4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านตนเอง บ้านเช่า อาศัยอยู่กับญาติ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง
 อื่นๆ ระบุ.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลดอนขมพู่ อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

5. สถานภาพ โสด สมรสอยู่ด้วยกัน สมรสแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย(คู่สมรสเสียชีวิต)

6. ป่วยเป็นโรค.....

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

7. ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

7.1 ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน หมายเลขโทรศัพท์.....

7.2 ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน หมายเลขโทรศัพท์.....

7.3 ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน หมายเลขโทรศัพท์.....

7.4 ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน หมายเลขโทรศัพท์.....

7.5 ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน หมายเลขโทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 ปัญหาความเดือดร้อน

ผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีพ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ผู้ป่วยติดเตียง
- 2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- 3. ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- 4. ผู้ป่วยยากไร้
- 5. ผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
- 6. ผู้ป่วยมีความพิการ ประเภท
 - 6.1 ความพิการทางการเห็น
 - 6.2 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 - 6.3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - 6.4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 - 6.5 ความพิการทางการสติปัญญา
 - 6.6 ความพิการทางการเรียนรู้
 - 6.7 ความพิการทางออทิสติก

ส่วนที่ 3 ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย

1. ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....
2. เลขประจำตัวประชาชน ----
3. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ 4 เอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบคำขอ

- 1. ใบนัดจากสถานพยาบาล
- 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- 3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- 4. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย (กรณีผู้พิการ)
- 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย
- 6. หนังสือรับรองการอยู่อาศัย
- 7. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ/สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานของผู้รับรองการอยู่อาศัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลดอนชมพูระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อเป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....

ผู้ยื่นคำขอ

เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลดอนขมพู

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

- สมควรให้ความช่วยเหลือ
- ไม่สมควรให้ความช่วยเหลือ

ลงชื่อ..... ประธานกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการ
(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการ
(.....)

หนังสือรับรองการอยู่อาศัย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ผู้รับรอง).....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ/บัตรประจำตัวพนักงาน เลขที่.....
ตำแหน่ง.....ออกให้โดย.....
วันหมดอายุ.....มีสถานภาพเป็น

- กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น
 ประธานชุมชน พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ (หน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ)

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว (ชื่อผู้อาศัย).....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงปัจจุบัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ ทั้งนี้เพื่อให้ใช้หนังสือรับรองฉบับนี้
ประกอบการพิจารณาการขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ :

- บัตรประจำตัวกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ สมาชิกสภาท้องถิ่น ประธานชุมชน
พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พร้อมรับรองสำเนาบัตรประจำตัวมาด้วย
- การรับรองเอกสารอันเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและอาญา