

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเติน
เลขรับ 1776
วันที่ 12.5 ต.ค. 2565
เวลา.....



ที่ บก ๕๑๐๐๑๖๑๖๗๑

องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
๑๙๘ หมู่ ๘ ตำบลบึงกาฬ
อำเภอเมืองบึงกาฬ บก ๓๘๐๐๐

๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
เรียน นายกเหล่ากาชาดจังหวัดบึงกาฬ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ/ประชาสัมพันธ์จังหวัดบึงกาฬ
/นายอำเภอทุกอำเภอ/นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการที่จะดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬให้ดีขึ้นจนสามารถพึ่งพาตนเอง และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยอาศัยอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการ เพื่อเป็นการบรรเทาความเดือนร้อนให้แก่ผู้ป่วยที่ยากไร้และให้ผู้ป่วยที่ยากไร้มีกำลังใจในการดำรงชีวิต มีความรู้สึกว่ายังมีหน่วยงานภาครัฐที่ยังเหลือวแลและเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้ง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีกำลังใจพร้อมที่จะต่อสู้กับโรคร้ายด้วยสุขภาพจิตที่ดีขึ้น องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬจึงได้จัดทำโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ นั้น

ในการนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ จึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ให้ประชาชนในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬได้รับทราบโดยทั่วกัน รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา
นายก อบจ. บึงกาฬ

วันที่ร้อยตรีหญิง (ดวงเดือน ลุนเทิง)

ขอแสดงความนับถือ
(นางแว่นฟ้า ทองศรี)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองเติน
11จิว 40. ขาวสวัสดิการ

- ๑๙๐๖๖/๑๙๐๖๖/๑๙๐๖๖/๑๙๐๖๖
๑๙๐๖๖/๑๙๐๖๖/๑๙๐๖๖/๑๙๐๖๖
๑๙๐๖๖/๑๙๐๖๖/๑๙๐๖๖/๑๙๐๖๖

สำนักปลัดฯ ฝ่ายสวัสดิการสังคม
โทรศัพท์/แฟกซ์ ๐ ๔๒๔๙ ๒๗๕๔ ต่อ ๑๒๖

(นายบัวไข ประเคนคะชา)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองเติน



ประกาศองค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

ด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ได้จัดทำหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อช่วยผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของทางราชการ กรณีได้รับการสงเคราะห์จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์แล้ว แต่ได้รับการสงเคราะห์ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายหรือไม่ได้รับการสงเคราะห์เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ

อาศัยอำนาจตามความใน ๔๕ (๘) และมาตรา ๗๔ (๙) แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบกับ (๑๓) ของกฎกระทรวง (พ.ศ. ๒๕๔๑) ออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ จึงประกาศหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ เพื่อการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้เป็นค่าพาหนะสำหรับการเดินทางของผู้ป่วยที่ยากไร้ เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของทางราชการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔

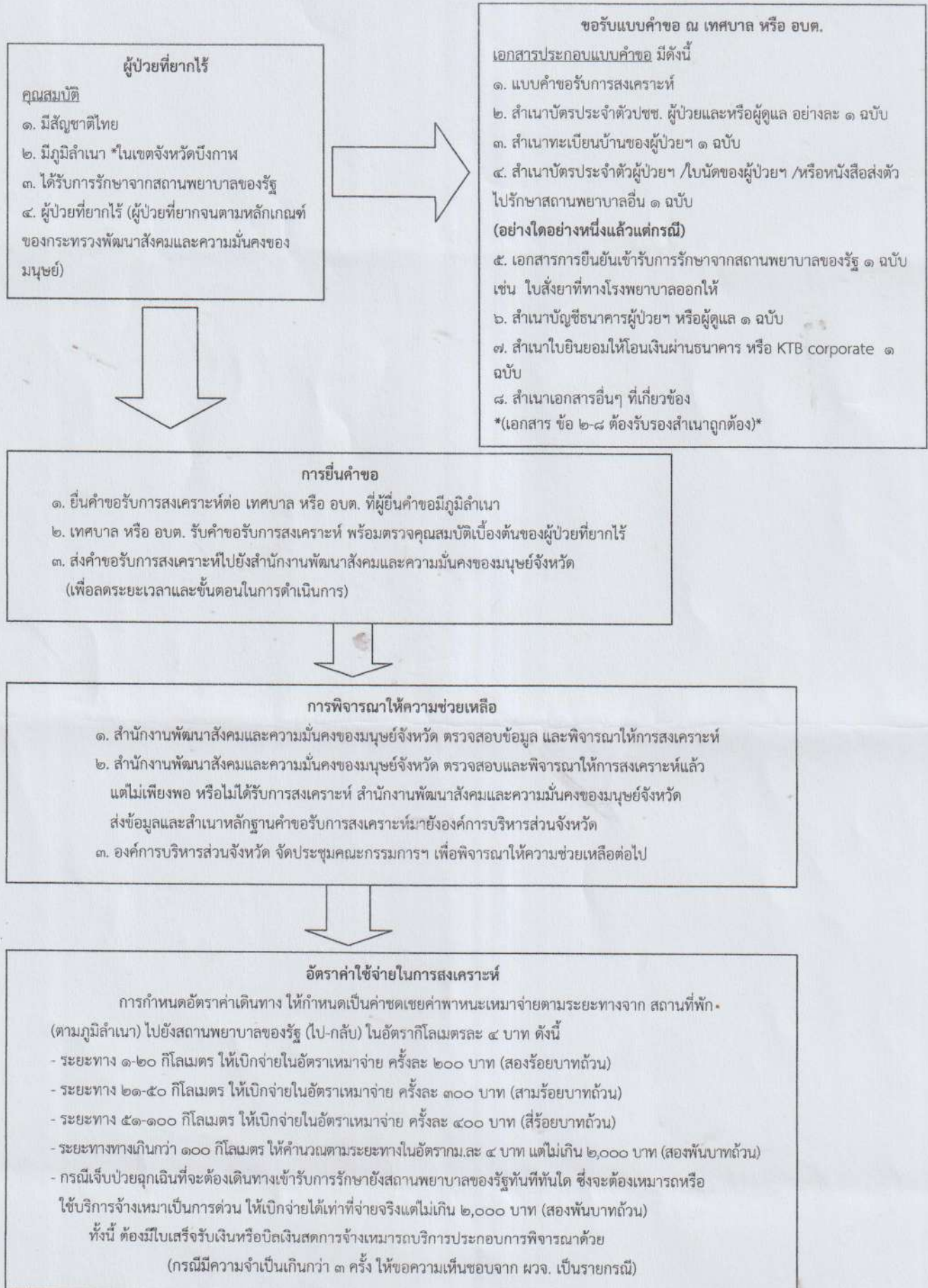
(นางแว่นฟ้า ทองศรี)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐



แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดบึงกาฬ หมายเลขโทรศัพท์.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้/ผู้ดูแลผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ภูมิสำเนาในเขตพื้นที่ ทน./ทม./ทต./อบต.ป่วยด้วยโรค..... รักษาครั้งแรก

สถานพยาบาลที่รักษา.....ความถี่ในการรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี รักษาต่อเนื่อง

รายได้.....บาท/เดือน เป็นคนใช้ในพระราชานุเคราะห์ เป็นคนไร้ที่ไป อื่นๆ

ผู้ป่วยที่ยากไร้ ได้รับเงินสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งได้นำเงินจำนวนดังกล่าวไปเป็นค่าใช้จ่ายและไม่เพียงพอ จึงขอรับการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

ระยะทาง (ไป-กลับ) จากบ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดบึงกาฬ ถึงสถานพยาบาลของรัฐ.....ระยะทาง.....กิโลเมตรเป็นเงิน.....บาท

ทั้งนี้ได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าเดินทางพร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนา มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

- แบบคำขอรับการสงเคราะห์
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัญชีธนาคารกรุงไทย หรือธนาคารอื่นๆ ของผู้ป่วยที่ยากไร้หรือผู้ดูแล ๑ ฉบับ

*(กรณีให้โอนค่าพาหนะเข้าบัญชีของผู้ดูแล ให้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ดูแล ๑ ฉบับ

สำเนาใบยินยอมให้โอนเงินผ่านธนาคาร หรือ KTB corporate ๑ ฉบับ

สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย / ใบนัดของสถานพยาบาลของรัฐ / หนังสือส่งตัวไปรักษาพยาบาลอื่น

(*อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแต่กรณี) ๑ ฉบับ

เอกสารการยืนยันเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ ๑ ฉบับ เช่น ใบสั่งยาที่ทางโรงพยาบาลออกให้

สำเนาเอกสารอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่า ข้อมูลส่วนใดส่วนหนึ่งไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ระงับการช่วยเหลือและคืนเงินค่าพาหนะเดินทาง ที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้ดูแล
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
(.....)

ตำแหน่ง.....(เจ้าหน้าที่อปท.)

ตำแหน่ง.....(ปลัดอปท.)

วันที่.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน เป็นผู้ยากไร้ ไม่ได้เป็นผู้ยากไร้
กรณี เป็นผู้ยากไร้ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ
 ให้การสงเคราะห์แล้วเพียงพอ ให้การสงเคราะห์แล้ว ไม่เพียงพอ เห็นควร

ไม่ได้ให้การสงเคราะห์ เห็นควร

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ พมจ.บก.
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

ตรวจสอบแล้ว เอกสารครบถ้วน เอกสารไม่ครบถ้วน
เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ที่ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไป
รักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นครั้งที่ ครั้งที่ ๑ ครั้งที่ ๒ ครั้งที่ ๓
และได้รับการอนุมัติให้ความช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลฯ เบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....
ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

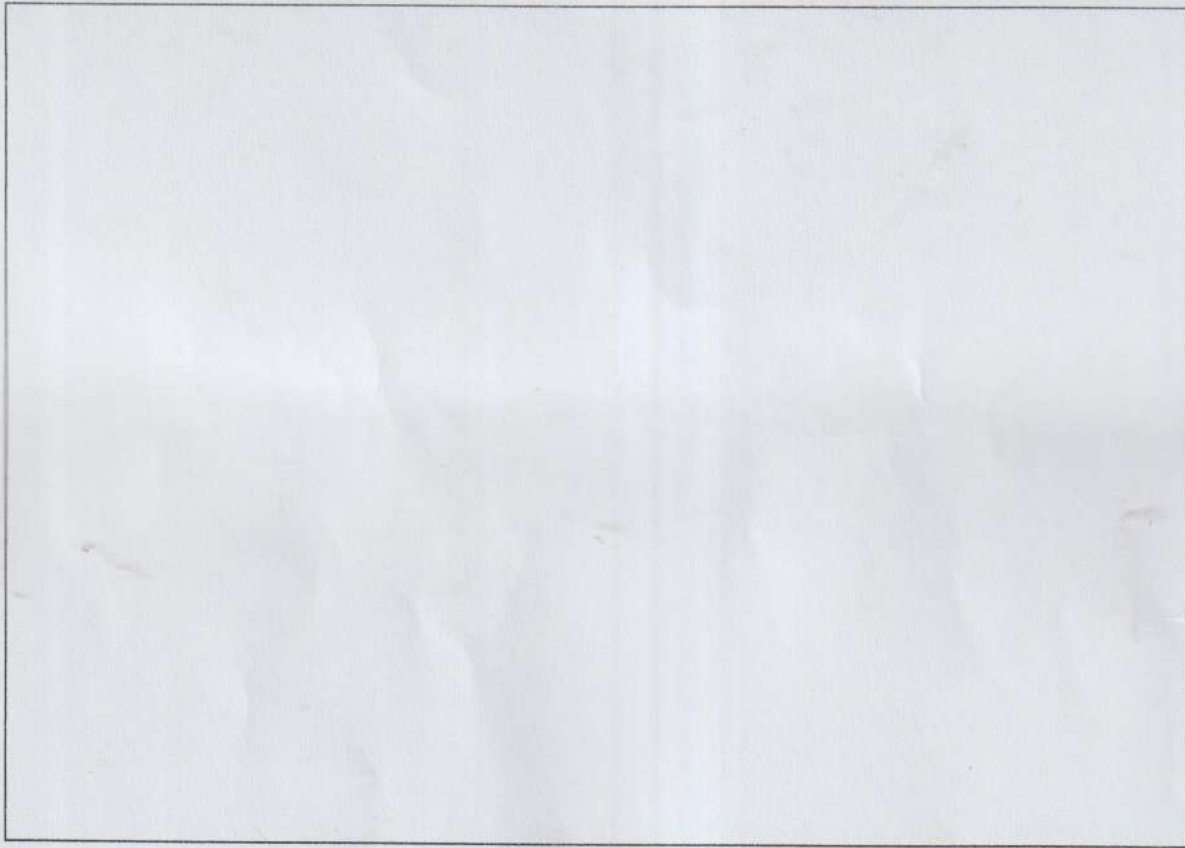
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.บก
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

สำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้ของอบจ.บึงกาฬหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ยากไร้ของอบจ.บึงกาฬ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.....ได้รับค่าพาหนะเพื่อเข้ารับ
การรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน.....บาท โดยได้โอนเงินเข้าบัญชี
เงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....
บัญชีเลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (ผู้ป่วย/ผู้ดูแล)
(.....)
วันที่.....

แผนที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสังเขป



* คำนวณระยะทางจากเกณฑ์ของ Google Map เป็นหลัก

หมายเหตุ ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้

๒. Down load แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ได้ที่ Web site ของ อบจ.บึงกาฬ [https://www.buengkanpao.go.th/หัวข้อ บริการประชาชน/แบบฟอร์มสำหรับประชาชน/๑.ผู้ป่วยที่ยากไร้](https://www.buengkanpao.go.th/หัวข้อ%20บริการประชาชน/แบบฟอร์มสำหรับประชาชน/๑.ผู้ป่วยที่ยากไร้) อบจ.บก.

๓. ให้ อปท. จัดทำหนังสือนำเสนอเอกสารข้างต้น ไปยัง สนง.พมจ.บก. กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โทร. ๐๔๒-๔๙๒๔๖๒

๔. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด บึงกาฬ โทร ๐๔๒-๔๙๒๗๕๕ ต่อ ๑๒๖