

ผู้ป่วยที่ยากไร้ อบจ.บึงกาฬ เลขที่...../.....วันที่รับคำขอ.....



แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ

ส่วนที่ ๑ ประวัติบุคคล

คำนำหน้าชื่อ (ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

ประเภทสวัสดิการรักษายาบาล ที่ได้รับจากรัฐบาล

☐ ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการ ☐ ได้รับสิทธิสวัสดิการ ประเภท....(ให้เลือกตอบ ข้อ ๑ - ๓ ตามสิทธิที่ได้รับจากรัฐ)

☐ ๑. กองทุนบัตรประกันสุขภาพ ☐ ๒. กองทุนประกันสังคม ☐ ๓. กองทุนข้าราชการ/ท้องถิ่น/รัฐวิสาหกิจ

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ มีบ้านของตนเอง ☐ อาศัยอยู่กับบ้านพ่อแม่ ☐ พักอาศัยอยู่ที่บ้านญาติ ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่
☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้อื่นจ้าง ☐ พักอาศัยอยู่ประเภทอื่น ระบุ.....
☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน.....

รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

อบต./เทศบาล.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ระดับการศึกษาสูงสุด

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษาตอนต้น | ☐ ประถมศึกษาตอนต้น | ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย |
| ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น | ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย | ☐ ปวช. |
| ☐ ปวส./อนุปริญญา | ☐ ปริญญาตรี | ☐ สูงกว่าปริญญาตรี |

อาชีพ

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน | ☐ นักเรียน/นักศึกษา | ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | ☐ ฤกษุ/สามเณร/ชี |
| ☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) | ☐ รับจ้าง | ☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ | |
| ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ | ☐ พนักงานบริษัท | ☐ อื่นๆ ระบุ..... | |

รายได้ ☐ ไม่มีรายได้ ☐ มีรายได้

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้ ☐ เบี้ยยังชีพ.....

รายได้เฉลี่ยต่อปี.....บาท ☐ อื่นๆ

ส่วนที่ ๒ สภาพที่อยู่อาศัย (สามารถตอบได้หลายข้อ)

- ที่อยู่อาศัย ☐ เป็นของตนเอง ขนาด.....ตรว./งาน/ไร่ ☐ ไม่ได้เป็นของตัวเอง
- ลักษณะบ้าน ☐ ชั้นเดียว ☐ สองชั้น ☐ ตัดพื้น ☐ มีใต้ถุน
- ☐ บ้านไม้ทั้งหลัง ☐ บ้านปูนทั้งหลัง ☐ ครึ่งไม้ครึ่งปูน
- หลังคา ☐ มุงกระเบื้อง ☐ มุงสังกะสี ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
- สภาพห้องนอน ☐ เป็นห้องโถงโล่งนอนรวมกัน ☐ มีห้องนอนแยกเป็นสัดส่วน
- สภาพบ้านโดยรวม ☐ แข็งแรง ☐ ทรุดโทรมไม่แข็งแรง หากอาศัยอยู่ต่อไปอาจได้รับอันตราย

สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่จริงในบ้านเดียวกัน มีจำนวน.....คน ดังนี้

ที่	ชื่อ - นามสกุล	อายุ(ปี)	ความสัมพันธ์	อาชีพ	รายได้/ เดือน/ ปี

สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยในบ้านเดียวกัน ประสบปัญหาความเดือดร้อน หรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี จำนวน.....คน ระบุปัญหาเป็นรายคน

ที่	ชื่อ - นามสกุล	ปัญหา

ส่วนที่ ๓ สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

(เจ้าหน้าที่ผู้สำรวจเป็นผู้กรอกข้อมูล)

๓.๑ ด้านเศรษฐกิจ

- ☐ ไม่มีงานทำ ☐ รายได้ไม่เพียงพอแก่การครองชีพ ☐ มีหนี้สิน จำนวน บาท
- ☐ รายได้ไม่ผ่านเกณฑ์ จปฐ. ☐ ครอบครัวมีฐานะยากจน แหล่งที่มาของหนี้.....

๓.๒ ด้านสุขภาพ

- ☐ ไม่มีสภาพมีความพิการของร่างกาย แต่มีการเจ็บป่วยได้แก่
- ☐ ประเภทผู้ป่วยติดบ้าน ☐ ประเภทผู้ป่วยติดเตียง ☐ หลงลืมชรา ☐ จิตเวช
- ☐ ป่วยเป็นโรคร้ายแรง/เจ็บป่วยเรื้อรัง ☐ ติดเชื้อเอดส์หรือป่วยด้วยเอดส์ ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน
- ☐ มีความพิการของร่างกาย ระบุประเภท.....
- ☐ ๑. พิกัดทางการเห็น ☐ ๒. พิกัดทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ☐ ๓. พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- ☐ ๔. พิกัดจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ๕. พิกัดทางสติปัญญา ☐ ๖. พิกัดทางการเรียนรู้ ☐ ๗. พิกัดทางการออกธิดิก
- ☐ ป่วยเป็นโรค ระบุ..... ☐ มีโรคประจำตัว/โรคติดต่อ ระบุ.....
- ลักษณะการเจ็บป่วย ☐ สามารถรักษาหายขาดได้ ☐ ต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง
- ประเภทคนไข้ ☐ เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ ☐ เป็นคนไข้ทั่วไป

๓.๓ ด้านความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน

- ☐ หัวหน้าครอบครัวเสียชีวิต ☐ ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง
☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน ☐ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง ☐ อื่นๆ

ส่วนที่ ๔ การตรวจเยี่ยมบ้าน

(เจ้าหน้าที่ผู้สำรวจเป็นผู้กรอกข้อมูล)

ตรวจเยี่ยมบ้านวันที่.....

ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

สภาพปัญหาความยากไร้ของผู้ป่วย.....

.....
.....

สรุปการประเมินสภาพปัญหาความเดือดร้อนของผู้ขอรับการสงเคราะห์ (กรอกเครื่องหมายถูกในแต่ละหัวข้อเพียงข้อเดียว)

๑. ด้านเศรษฐกิจ

- ☐ ประสบปัญหารุนแรง ☐ ประสบปัญหปานกลาง ☐ ประสบปัญหาเล็กน้อย ☐ ไม่ประสบปัญหา

๒. ด้านสุขภาพ

- ☐ ประสบปัญหารุนแรง ☐ ประสบปัญหปานกลาง ☐ ประสบปัญหาเล็กน้อย ☐ ไม่ประสบปัญหา

๓. ด้านความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน

- ☐ ประสบปัญหารุนแรง ☐ ประสบปัญหปานกลาง ☐ ประสบปัญหาเล็กน้อย ☐ ไม่ประสบปัญหา

ความเห็นเจ้าหน้าที่

- ☐ อยู่ในเกณฑ์ให้การช่วยเหลือ ☐ ไม่อยู่ในเกณฑ์ฯ

**** (เกณฑ์การพิจารณา ผู้ป่วยยากไร้ที่ขอรับการสงเคราะห์ต้องประสบปัญหาทั้ง ๓ ด้าน ในระดับปานกลางขึ้นไปทุกด้าน)**

ข้าพเจ้าขอรับการสงเคราะห์ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษายาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา ๑๗ (๒๓) การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐

จากบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดบึงกาฬ
ถึง สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (ไป-กลับ) ดังนี้

๑. ไปโรงพยาบาล.....ระยะทางโดยประมาณ.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท

โดยยานพาหนะ () รถยนต์ส่วนบุคคล () รถรับจ้างเหมาจ่าย () รถโดยสารประจำทาง () อื่นๆ ระบุ.....

๒. ไปโรงพยาบาล.....ระยะทางโดยประมาณ.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท

โดยยานพาหนะ () รถยนต์ส่วนบุคคล () รถรับจ้างเหมาจ่าย () รถโดยสารประจำทาง () อื่นๆ ระบุ.....

๓. ไปโรงพยาบาล.....ระยะทางโดยประมาณ.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท

โดยยานพาหนะ () รถยนต์ส่วนบุคคล () รถรับจ้างเหมาจ่าย () รถโดยสารประจำทาง () อื่นๆ ระบุ.....

/ข้าพเจ้า...

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้
ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าพาหนะ พร้อมรับรองความถูกต้องของสำเนาพร้อมด้วยแล้ว ดังนี้

- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย/ผู้ดูแล
- () สำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล
- () สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ธนาคารสาขาในจังหวัดบึงกาฬเท่านั้น)
- () แบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร (ของ อบจ.เท่านั้น)
- () ใบรับรองแพทย์ หรือหลักฐานยืนยันเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ
- () สำเนาใบนัดรักษาจากสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของรัฐ
- () สำเนาหนังสือส่งตัวรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐ
- () ภาพถ่ายของผู้ป่วย และภาพถ่ายที่เห็นลักษณะบ้าน/สภาพที่อยู่อาศัยอย่างชัดเจน
- () สำเนาเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

* เอกสารสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกแผ่น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้ดูแล

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบท.

(.....)

ตำแหน่ง.....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ชื่อ.....มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....
เบอร์โทร.....

หมายเหตุ เจ้าหน้าที่ผู้สำรวจ หมายถึง ข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับ
มอบหมาย

ส่วนที่ ๕ การตรวจสอบการให้ความช่วยเหลือผู้ขอรับการสงเคราะห์

(สำหรับเจ้าหน้าที่ พมจ.บึงกาฬ)

☐ ๕.๑ เป็นผู้ขอรับการสงเคราะห์ฯ ที่เคยได้รับการพิจารณาให้ความช่วยเหลือจาก พมจ.บึงกาฬ

ในปีงบประมาณ..... ระบุ.....

☐ ๕.๒ เป็นผู้ขอรับการสงเคราะห์ฯ ที่ยังไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก พมจ.บึงกาฬ

ในปีงบประมาณ.....

☐ สามารถให้ความช่วยเหลือได้

☐ ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เนื่องจากถูกจำกัดด้วยงบประมาณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สังกัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดบึงกาฬ

/สำหรับ...

ส่วนที่ ๖ การตรวจสอบการให้ความช่วยเหลือผู้ขอรับการสงเคราะห์

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อบจ.บึงกาฬ)

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

ตรวจสอบแล้ว ☐ เอกสารครบถ้วน ☐ เอกสารไม่ครบถ้วน

เป็นผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ที่ได้รับการสงเคราะห์ช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ เป็นครั้งที่ ☐ ครั้งที่ ๑ ☐ ครั้งที่ ๒ ☐ ครั้งที่ ๓ และได้รับการอนุมัติให้ความช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางไปรักษาพยาบาล เบิกจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....ครั้งที่.....เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.บก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.....ได้รับคำพาหนะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน.....บาท (-.....-)
โดยได้ออนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
ประเภท.....ชื่อบัญชี.....บัญชีเลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน จนท.อบจ.

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

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

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้

๒. Down load แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ ได้ที่ Web site ของ อบจ.บึงกาฬ

<https://www.buengkanpao.go.th/> หัวข้อ บริการประชาชน/แบบฟอร์มสำหรับประชาชน/๑.ผู้ป่วยที่ยากไร้อบจ.บก.

๓. ให้ อบท. จัดทำหนังสือส่งเอกสารข้างต้น ไปยัง อบจ.บึงกาฬ

๔. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อบจ.บึงกาฬ โทร ๐๔๒-๔๔๒๗๕๔

๕. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจมาพร้อมแบบคำร้องฯ นี้ด้วย