

ผู้ป่วยที่ยากไร้ อบจ.บก. เลขที่...../๒๕๖๖ วันที่รับคำขอ.....



แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
ในการขอรับค่าเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ



ส่วนที่ ๑. สำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้

ข้าพเจ้า (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
สถานภาพ () โสด () สมรส () หม้าย () หย่าร้าง ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดบึงกาฬ
หมายเลขโทรศัพท์.....อาชีพ.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
ป่วยด้วยโรค/อาการเจ็บป่วย.....
ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....ความถี่ในการไปรักษา.....ครั้ง/เดือน/ปี
ประเภทคนไข้ () เป็นคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ () เป็นคนไข้ทั่วไป
ความพิการของร่างกาย () ไม่มี () มี ระบุ.....
() ๑. ความพิการทางการเห็น () ๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
() ๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย () ๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
() ๕. ความพิการทางสติปัญญา () ๖. ความพิการทางการเรียนรู้ () ๗. ออทิสติก
บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.....นามสกุล.....
มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับการสงเคราะห์ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าพาหนะ) เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล
ณ สถานพยาบาลของรัฐ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ มาตรา ๑๗ (๒๗) การสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา
และผู้ด้อยโอกาส และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๐ จากบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดบึงกาฬ

/ถึงสถาน...

ถึงสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (ไป-กลับ) ระยะทางโดยประมาณ.....กิโลเมตร เป็นเงิน.....บาท
โดยยานพาหนะ () รถยนต์ส่วนบุคคล () รถรับจ้างเหมาจ่าย () รถโดยสารประจำทาง () อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลเป็นเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมให้ระงับการช่วยเหลือ และคืนเงินค่าพาหนะเดินทางที่ได้รับตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ให้กับ
องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าพาหนะ พร้อมรับรองความ
ถูกต้องของสำเนาพร้อมด้วยแล้ว ดังนี้

- () แบบแสดงความประสงค์ขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย/ผู้ดูแล
- () สำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล
- () สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล
- () หนังสือยินยอมให้โอนเงินผ่านธนาคาร หรือ KTB corporate
- () ใบรับรองแพทย์ หรือหลักฐานยืนยันเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐ
- () สำเนาใบนัดรักษาจากสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของรัฐ
- () สำเนาหนังสือส่งตัวรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐ
- () ภาพถ่ายของผู้ป่วย และภาพถ่ายที่เห็นลักษณะบ้าน/สภาพที่อยู่อาศัยอย่างชัดเจน
- () สำเนาเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

* เอกสารสำเนาต้องรับรองสำเนาถูกต้องทุกแผ่น

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้ดูแล

วันที่/...../.....

ลงชื่อ.....จนท.อปท.

(.....)

ผู้รับเรื่อง

วันที่/...../.....

ลงชื่อ.....ปลัด.อปท.

(.....)

ผู้รับรองคุณสมบัติ

วันที่/...../.....

หมายเหตุ : กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
ของผู้รับมอบอำนาจ มาพร้อมแบบคำร้องฯ นี้ด้วย

ส่วนที่ ๒. สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน

ตรวจเยี่ยมบ้าน

เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมบ้าน ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยที่ยากไร้.....

บ้านเลขที่.....

สภาพที่อยู่อาศัย

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

สภาพปัญหาความยากไร้ของผู้ป่วย

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

ลงชื่อ.....จนท.ผู้เยี่ยมบ้าน
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....

ส่วนที่ ๓.สำหรับเจ้าหน้าที่ พมจ./อบจ.

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.....

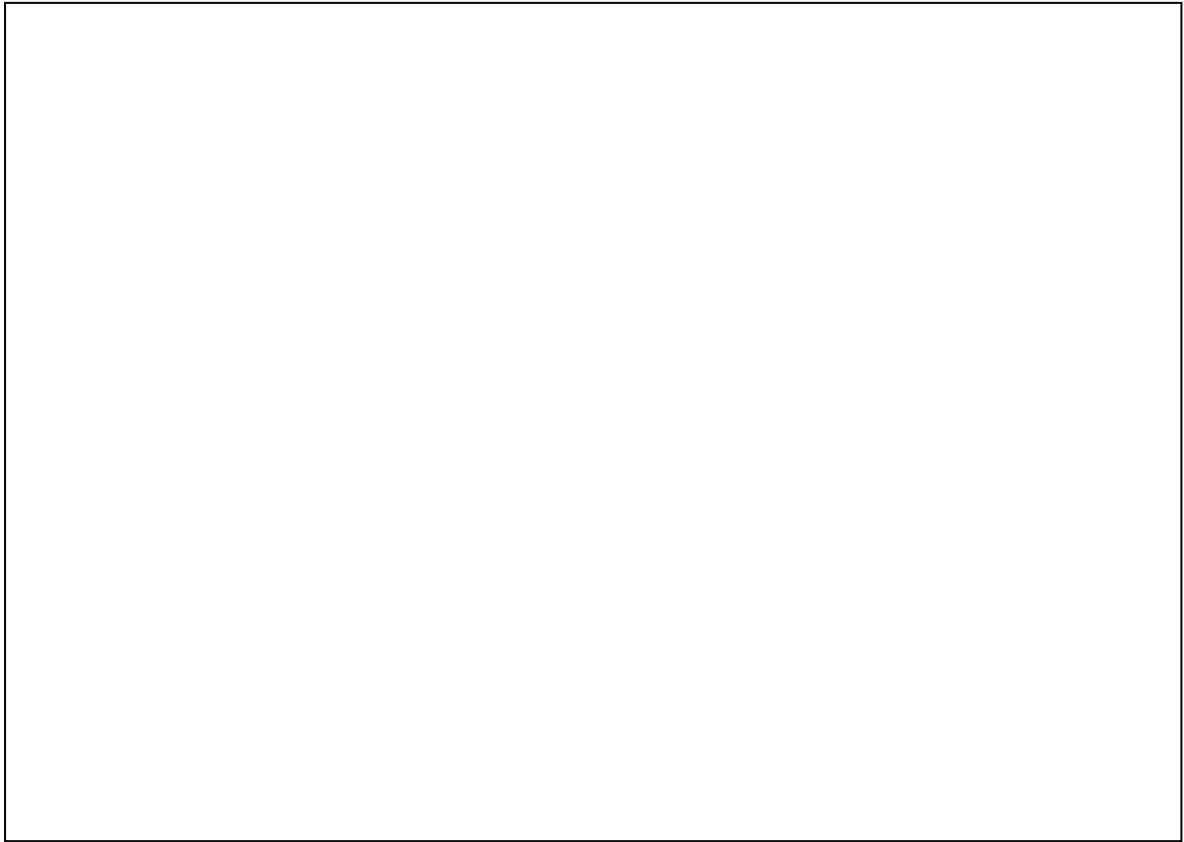
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ อบจ.บก
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดบึงกาฬ

นาย/นาง/น.ส./ต.ช./ต.ญ.....ได้รับคำพาหนะเพื่อเข้ารับการ
รักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐ จำนวนเงิน.....บาท โดยได้โอนเงินเข้าบัญชี
เงินฝากธนาคาร.....สาขา.....ประเภท.....
บัญชีเลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน จนท.อบจ.
(.....)
ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)
วันที่.....

ส่วนที่ ๔.แผนที่ตั้งบ้านของผู้ป่วยที่ยากไร้ฯ พอสังเขป



* คำนวณระยะทางจากเกณฑ์ของ Google Map เป็นหลัก

หมายเหตุ ๑. หากผู้ป่วยที่ยากไร้ไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ สามารถประทับลายนิ้วมือได้

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

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

๔. สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายสวัสดิการสังคม สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด บึงกาฬ โทร ๐๔๒-๔๙๒๗๕๔ ต่อ ๑๒๖