



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลชัยชุมพล

เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชนกรณีการรับส่งผู้ป่วยหรือหญิงตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาล

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๑๓ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขฉุกเฉิน ให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการฯ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการใช้และรักษารายยนต์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๔ รถส่วนบุคคล หมายความว่า รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ที่จัดไว้เพื่อกิจการอันเป็นส่วนรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น รถยนต์ดับเพลิง รถยนต์บรรทุกน้ำ รถยนต์พยาบาล รถยนต์บรรทุกขยะมูลฝอยและเครื่องจักรกลต่างๆ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ เรื่อง หลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๙๕๐๘ ลงวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ เรื่อง การขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด นั้น

เพื่อให้้องค์การบริหารส่วนตำบลชัยชุมพล สามารถจัดบริการสาธารณะเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง ภายใต้กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง จึงประกาศลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชนกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ของศูนย์ช่วยเหลือประชาชนของ้องค์การบริหารส่วนตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติ

๑.๑ มีทะเบียนบ้านหรืออาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลชัยชุมพล

๑.๒ เป็นผู้มีรายได้น้อยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐.- บาท/ต่อปี หรือคนไร้ที่พึ่งหรือไม่มีคนดูแล (ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริง)

๑.๓ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีวิตหรือผู้ป่วยติดเตียงหรือไม่มีผู้ดูแลหรือเป็นผู้พิการ

๒. เอกสารหลักฐานประเภทการลงทะเบียน

๒.๑ กรณีร้องขอด้วยตนเอง

๒.๑.๑ แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๑.๓ สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนา	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๑.๔ ใบนัดแพทย์ (ถ้ามี)	จำนวน ๑ ฉบับ

/๒.๒ กรณีร้องขอ....

๒.๒ กรณีร้องขอด้วยผู้แทน

๒.๒.๑ แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒.๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนา(ผู้ป่วย,ผู้แทน)	จำนวน ๒ ฉบับ
๒.๒.๓ สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนา(ผู้ป่วย,ผู้แทน)	จำนวน ๒ ฉบับ
๒.๒.๔ ใบนัดแพทย์ (ถ้ามี)	จำนวน ๑ ฉบับ

๓. กำหนดการรับลงทะเบียน

ระหว่างวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๘ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

ทั้งนี้ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิพล สามารถลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือกรณีรับส่งผู้ป่วยหรือหญิงตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาล ตามแบบฟอร์มที่กำหนดได้ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ -๑๖.๓๐ น. ณ สำนักปลัด กองสวัสดิการและสังคม และกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิพล (ในวันและเวลาราชการ)

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑ เดือน กันยายน ๒๕๖๘

๖๓

(นางชลธิภา จันคุ้ม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิพล

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
องค์การบริหารส่วนตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

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.....ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

5.สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

6.ป่วยเป็นโรค

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

7.ข้อมูลสมาชิกในครอบครัว (เฉพาะที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกันจริงในปัจจุบัน)

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

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

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

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

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

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

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

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

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

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

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

รายได้.....บาท/เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการดำรงชีวิต ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1.เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- ☐ 2.เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- ☐ 3.เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล
- ☐ 4.เป็นผู้ป่วยยากไร้
- ☐ 5.เป็นผู้ป่วยไร้ที่พึ่ง
- ☐ 6.เป็นผู้ป่วยพิการประเภท
 - ☐ 6.1. ความพิการทางการมองเห็น
 - ☐ 6.2. ความพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย
 - ☐ 6.3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - ☐ 6.4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 - ☐ 6.5. ความพิการทางสติปัญญา
 - ☐ 6.6. ความพิการทางออทิสติก

ส่วนที่ 3 ผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย (ถ้าผู้ป่วยยื่นคำขอเองไม่ต้องกรอก)

- 1.ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....
- 2.เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐
- 3.วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....
- 4.ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
- 5.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 4 ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

- ☐ 1.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ 2.สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- ☐ 3.สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการของผู้ป่วย
- ☐ 4.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย
- ☐ 5.อื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิลงโทษระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน

(.....)

วันที่.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิพล

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

☐ สมควรรับขึ้นทะเบียน

☐ ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกรรมการ

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการ

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการ