



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลชัยชุมพล

เรื่อง การลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชนกรณีการรับส่งผู้ป่วยหรือหญิงตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาล

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖ ข้อ ๑๓ การให้ความช่วยเหลือประชาชนด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต นอกจากกรณีการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขภัยฉุกเฉิน ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศให้ประชาชนที่ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ ยื่นลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือต่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอคณะกรรมการฯ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการใช้และรักษารถยนต์ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๘ ข้อ ๔ รถส่วนบุคคล หมายความว่า รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ที่จัดไว้เพื่อกิจการอันเป็นส่วนรวมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น รถยนต์ดับเพลิง รถยนต์บรรทุกน้ำ รถยนต์พยาบาล รถยนต์บรรทุกขยะมูลฝอยและเครื่องจักรกลต่างๆ ประกอบกับหนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๐๘.๒/ว๗๕๐๘ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ เรื่อง หลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้รถเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

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

เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลชัยชุมพล สามารถจัดบริการสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง ภายใต้กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง จึงประกาศลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือประชาชนกรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ของศูนย์ช่วยเหลือประชาชนองค์การบริหารส่วนตำบลชัยชุมพล 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 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 เมษายน ๒๕๖๙ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙

ทั้งนี้ประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลชัยจุมพล สามารถลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือกรณีรับส่งผู้ป่วยหรือหญิงตั้งครรภ์ไปยังโรงพยาบาล ตามแบบฟอร์มที่กำหนดได้ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ -๑๖.๓๐ น. ณ สำนักปลัด กองสวัสดิการและสังคม และกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลชัยจุมพล (ในวันและเวลาราชการ)

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ เดือน มีนาคม ๒๕๖๙

(นางชลิฎา จันคุ้ม)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชัยจุมพล

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน กรณีการรับส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

องค์การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดอุดรธานี

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.....ตำบลชัยภูมิ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดอุดรธานี

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.ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- 5.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 4 ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำขอ ดังนี้

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นที่ให้ถูกต้องตามความจริงทุกประการ หากการให้ข้อมูลของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้องค์การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิพลระงับการช่วยเหลือและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน
(.....)
วันที่.....

ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิ

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและคุณสมบัติผู้ขอรับความช่วยเหลือ มีความเห็นดังนี้

- สมควรรับขึ้นทะเบียน
- ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน

ลงชื่อ.....
(.....)

ประธานกรรมการ

ลงชื่อ.....
(.....)

กรรมการ

ลงชื่อ.....
(.....)

กรรมการ